WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LISTOPAD—GRUDZIEŃ

ROK IV 1932 NUMER 6

Prof. dr. HENRYK ROSIN, Berlin.

O LECZENIU ZAPAŚCI.

(Referat według Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1932, Nr. 7).

Mechanizm powstawania zapaści może być dwojaki: istnieje zapaść sercowa, polegająca na ostrej niedomodze serca i zapaść naczyniowa, zależna od zaburzeń w najdrobniejszych tętniczkach i żyłach, a przedewszystkiem w sieci naczyń włoskowatych. Ośrodek krwiobiegu, zewnętrzny obwód lub też oba czynniki jednocześnie, bywają siedliskiem zapaści.

Zapaść sercowa polega na nagłem ustaniu czynności komór sercowych i prowadzi często do śmierci. Uderzenia serca stają się drobne, przyspieszone, niemiarowe, aż do migotania komór, które przy dłuższem trwaniu (około 10 minut) prowadzi do zmian nieodwracalnych. Przemęczenie, np. nadmierne wysiłki sportowe (jazda na rowerze, biegi długodystansowe, wycieczki górskie) bywają często przyczyną zapaści. U ludzi z chorem sercem, którzy znajdowali się dotychczas w pozornym stanie znośnego wyrównania, a zwłaszcza u osobników z bardzo rozszerzonem sercem, często występuje nagle śmierć przy objawach zapaści sercowej. Najczęstszą przyczyną zapaści jest według *Rosina* zator, który przeważnie zresztą nie bywa rozpoznawany; zator taki często umiejscawia się w płucach. Następnie wchodzą tu w rachubę zakrzepy w większych gałązkach naczyń wieńcowych, zwłaszcza lewej tętnicy wieńcowej. Zapaść występuje wówczas wśród wymiotów i silnych bólów o cechach dusznicy bolesnej; zdarza się to stosunkowo często u ludzi, którzy od wielu lat cierpieli na spastyczną postać dusznicy bolesnej. Zapaść sercowa występuje również wskutek ciężkiego schorzenia mięśnia sercowego podczas lub po przebytej błonicy, następnie przy piorunującej postaci płonicy, przy ciężkiem zapaleniu wsierdzia i przy durze plamistym. Również i pęknięcia serca lub aorty, które są, nawiasem mówiąc, bardzo trudne do rozpoznania klinicznego, kończą się w zapaści. W bloku sercowym, w którym przedsionki i ko-

mory kurczą się częściowo lub zupełnie niezależnie od siebie, nierzadko następuje śmierć pod postacią nagłej zapaści sercowej z migotaniem komór. Przy ścisłym związku wzajemnym między sercem i naczyniami zapaść prowadzi, oczywiście, do wtórnych bardzo ciężkich zaburzeń w krążeniu włosowatem.

Pierwotna zapaść obwodowa przedstawia ostre osłabienie w układzie małych naczyń i włośniczek. Początkowo serce nie przyjmuje w tem zaburzeniu żadnego udziału. Przyczyna zapaści tego rodzaju polega na zaburzeniach czynności ośrodka naczynioruchowego. Takie zapaści obwodowe — nierzadko z zejściem śmiertelnem — zdarzają się przedewszystkiem w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, o ile serce nie zostało również pierwotnie zajęte. Zapaść naczyniowa podczas uśpienia, przy zatruciach gazem i w wielu innych ciężkich zatruciach ma podłoże toksyczne. Do tej grupy należy również zaliczyć zapaść anafilaktyczną (wstrząs) w bardzo ciężkiej chorobie surowiczej. Zapaść naczyniowa niekoniecznie musi zależeć wyłącznie od porażenia ośrodka naczynioruchowego; może ona powstać również i bez udziału układu nerwowego przy bezpośredniem załamaniu się napięcia włośniczek ze znacznym spadkiem ciśnienia krwi. Również i nagła śmierć w wodzie osób ze zdrowem sercem zależy głównie od gwałtownego ochłodzenia nagrzanego ciała w zimnej wodzie, co powoduje raczej porażenie naczyń niż porażenie serca.

Również i zapaść (wstrząs) po ciężkich uszkodzeniach ciała, znacznych utratach krwi i dużych zabiegach operacyjnych należy uważać za zapaść naczyniową. Następnie i zemdlenie w znaczeniu klinicznem jest zapaścią zależną od zaburzeń naczynioruchowych. Zapaść obwodowa nie pozostaje bez wpływu na serce i ciśnienie krwi; spadek ciśnienia krwi, zmiana oporów na obwodzie i osłabienie obwodowego krążenia krwi często obciążają serce ponad jego siły.

Leczenie zapaści sercowej i naczyniowej jest zasadniczo takie same jak ciężkiej niedomogi krążenia. W pierwszym rzędzie należy stosować lekarstwa szybko działające. Z tego względu dożylne lub conajmniej domięśniowe wstrzykiwania leków są jedynym odpowiednim sposobem stosowania. Zresztą chory, znajdujący się w stanie zapaści i tak nie mógłby przecież ani łykać, ani powstrzymać środków podanych per rectum. Najczęściej stosuje się domięśniowo Hexeton, Cardiazol, kofeinę co ½ godziny w ciągu 2 — 3 godzin, następnie coraz rzadziej. Wymienione środki nasercowe, a zwłaszcza również i strofantyna, nadają się szczególnie dla leczenia pierwotnej zapaści sercowej. Strofantynę wstrzykuje się dożylnie, początkowo w dawce ¼ mg, a następnie, w razie powodzenia, po 10 — 12 godzinach w dawce ½ mg. Z pośród preparatów naparstnicy zaleca się domięśniowe wstrzykiwania digipuratu; działanie jednak digipuratu jest stosunkowo powolne, przytem jest on wskazany tylko w zapaści sercowej, a nie naczyniowej. Toż samo dotyczy dożylnych wstrzykiwań 40%-owego roztworu cukru gronowego (około 20 cm^3), do którego dodaje się strofantynę lub digalen. Następnie stosuje się w zapaści również i pod-

skórne wstrzykiwania Strychnini nitrici w dawce po 3 mg 3 — 4 razy dziennie. Te same środki można stosować również i w zapaści obwodowej; można również próbować wzmocnić napięcie włośniczek i najmniejszych naczyń zapomocą Suprareniny lub Hypophysiny. Jeżeli chory nie może łykać, to podaje się doustnie 3 razy dziennie po 5 kropel Hypophisiny lub 1 % - owego roztworu Suprareniny. Roztwór Suprareniny rozcieńcza się podwójną ilością Aq. amygd. amar., tak że chory przyjmuje trzy razy dziennie po 15 kropel. O wiele skuteczniejsze są podskórne wstrzykiwania Hypophysiny lub Suprareniny. Również i związki o działaniu podobnem do adrenaliny oddają tu cenne usługi. Po wielkich utratach krwi najlepiej wstrzykiwać dożylnie duże ilości [½ litra fizjologicznego roztworu soli kuchennej, cukru gronowego, roztworu Ringera z dodatkiem kilku kropel Suprareniny (1 : 1000)]. Ostatnio stosuje się w takich przypadkach również i roztwory żelatyny. Można je również stosować w przypadkach zapaści lub wstrząsu niezależnych od utraty krwi. Przy zasadniczo zdrowem sercu i ciężkiej zapaści naczynioruchowej można również wstrzyknąć powoli dożylnie 0,5 cm^3 1‰-owego roztworu Suprareniny.

Oprócz stosowania środków farmakologicznych zwalcza się zapaść również i metodami fizykalnemi (nacieranie skóry, masowanie nóg, wcieranie preparatów salicylowych i innych łagodnych środków drażniących), ogrzewanie kończyn, niskie ułożenie głowy, rozpięcie uciskającego ubrania, masaż serca, ewent. również i sztuczny oddech. W rozpaczliwych przypadkach zapaści z migotaniem komór wolno dokonać próby wstrzyknięcia do serca Cardiazolu lub Suprareniny. Wstrzykuje się w 4-ej przestrzeni międzyżebrowej blisko mostka długą i możliwie najcieńszą igłą, prostopadle do powierzchni klatki piersiowej. Po pomyślnem przezwyciężeniu zapaści należy często stosować przez dłuższy czas leczenie wzmacniające obieg krwi. W przypadkach zwykłego omdlenia wystarczają zabiegi o wiele łagodniejsze: poziome ułożenie, zdjęcie uciskających części ubrania i stosowanie bodźców drażniących skórę.

Dr. L. KOROBKOW, Leningrad.

LECZENIE ZAPALENIA WIELOSTAWOWEGO PYRAMIDONEM.

(Referat według Wraczebnaja Gazeta 1931, Nr. 3).

Leczenie przewlekłego gośćca stawowego salicylanem sodu nierzadko okazuje się bezskutecznem. Poza tem nie daje ono żadnej pewności co do uniknięcia powikłań i nawrotów. Z powyższych względów dokonywa się w ciągu ostatnich lat prób leczenia chorób stawowych Pyramidonem, który okazał się bardzo dobrym środkiem przeciwgośćcowym. Dla zwalczania jed-

nak objawów przewlekłego zapalenia wielostawowego potrzebne są dawki większe niż przeciętnie stosowane, gdyż dawki małe pozostają bez wpływu. W klinice *Schottmüllera* stosuje się Pyramidon w dawkach pojedyńczych po 0,3 g, przyczem dawka dobowa wynosi około 1,8 — 2,8 g. Pyramidon należy w razie potrzeby podawać nieprzerwanie przez kilka miesięcy. Również i *Lämmerhirt* (Therap. d. Gegenw. 1929, Nr. 9) uważa duże dawki za najskuteczniejsze i podaje dwa razy dziennie po 1,0 g Pyramidonu.

Korobkow, zachęcony pomyślnemi wynikami leczenia ostrego gośćca Pyramidonem, opisywanemi również i w piśmiennictwie rosyjskiem (Wracz. Gaz. 1930, Nr. 17—18), zastosował ten sposób leczenia w 30 przypadkach reumatyzmu stawowego (w tem 18 przypadków ostrego gośćca wielostawowego). Oprócz Pyramidonu podawano w razie potrzeby również i salicylan sodu. Chorzy otrzymywali co dwie godziny po 0,3 g Pyramidonu, 8 razy dziennie. Pyramidon podawano aż do chwili zupełnego ustąpienia ostrych objawów, następnie dawkę Pyramidonu powoli zmniejszano i dodawano salicylan sodu (3,6 g na dobę). W przypadkach, w których chorzy źle znosili salicylan sodu, leczenie Pyramidonem trwało nieco dłużej. Wyniki osiągnięte zapomocą Pyramidonu w przypadkach ostrego gośćca wielostawowego były bardzo pomyślne nawet w tych przypadkach, w których salicylan sodu, podawany poprzednio nawet w bardzo dużych dawkach, pozostawał zupełnie bez wpływu na przebieg choroby. W ciągu pierwszych 24 godzin gorączka opadała do normy. Sztywność i bolesność stawów szybko ustępowała, obrzmienie cofało się stopniowo. Po 2 — 3 dniach stawy odzyskiwały swe prawidłowe kształty i chorzy mogli z łatwością i bez bólu wykonywać wszelkie ruchy. Szczególnie szybko działał Pyramidon w przypadkach lekkiego ostrego gośćca wielostawowego, w których z całą pewnością chronił od nawrotów. Pyramidon okazywał szybki i pomyślny wpływ leczniczy również i w przypadkach przewlekłych zapalnych zmian stawowych oraz w przypadkach zapalenia wsierdzia. Bóle, które częstokroć były prawie nie do zniesienia, znikały po pierwszych 8 lub 12 dawkach, a czasami nawet jeszcze wcześniej. Dopóki Pyramidon podawano nieprzerwanie, chorzy nie doznawali żadnych dolegliwości. Gdy jednak stosowanie Pyramidonu przerywano zbyt wcześnie, lub gdy zbyt szybko zmniejszano dawkę dobową, wówczas przeważnie występowały nawroty. Bardzo cennem okazało się leczenie Pyramidonem dla zwalczania objawów zapalenia wsierdzia. Szmery sercowe stawały się stopniowo coraz słabsze i chwilami nawet znikały zupełnie. Pyramidon, podobnie jak i salicylan sodu, nie jest jednak w stanie ochronić chorego przed nawrotami. Ze względu jednak na szybkość i siłę działania Pyramidonu należy go uważać za lek bardziej wartościowy i bardziej skuteczny niż salicylan sodu.

Jeżeli podczas leczenia Pyramidonem występują mdłości lub zaparcia, wówczas podanie środka czyszczącego szybko usuwa te niewielkie objawy działania ubocznego.

Z. DZIEMBOWSKI (Bydgoszcz).

KILKA SŁÓW O OBECNYM STANIE CHIRURGJI W NIEMCZECH.

(Referat według Nowin Lekarskich, 1932, Nr. 2 i 3).

Na szpitalnictwo i rozwój wiedzy lekarskiej łoży się w Niemczech wielkie sumy. Powstało tam wiele pięknych placówek szpitalnych, ściągających nietylko chorych ze stron dalekich (z zagranicy), ale również i licznych lekarzy, zjeżdżających się tu celem zaznajomienia się z postępami wiedzy. Liczba nowych szpitali jest bardzo znaczna, a poza tem powstało wiele zakładów naukowych medycznych, tak że niemal w każdej większej miejscowości odnaleźć można rzeczy, godne widzenia, a tam, gdzie nie wybudowano nowych zakładów, zmodernizowano zakłady już istniejące.

Chirurdzy niemieccy wiele wagi przypisują temu, by chirurg nie zaprzestał być w pierwszej linji lekarzem i nie stał się tylko technikiem, wykonującym zabiegi operacyjne. Nie trzeba zbyt daleko zapędzać się w gonitwie za sensacją nadzwyczajnych zabiegów operacyjnych; każdy zabieg operacyjny nawet dzisiaj, pomimo olbrzymich postępów chirurgji, kryje w sobie, według słusznego zdania *Sauerbrucha*, zawsze pewne niebezpieczeństwo, co nakazuje przezorność i rezerwę.

Odnośnie do zapatrywań wybitnych chirurgów (*Sauerbruch*, *Sattler*, *Sudeck*, *Nordmann* i inni) na sprawę leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej, to nie kładą oni tak wielkiego nacisku na drobniejsze szczegóły techniki, które należy pozostawić do woli operatora i zastosować odpowiednio do danego przypadku, aniżeli na sprawę wskazania do operacji oraz zasady i podstawy skuteczności chirurgicznego postępowania. Kamicy żółciowej w jej ostrem stadjum naogół się nie operuje; jeśli chodzi o żółtaczkę, wywołaną obecnością kamieni w przewodzie wspólnym, natenczas, w razie nieustępującej żółtaczki, nie zwleka się z operacją dłużej, jak 2 do 3 tygodni. Nacięcie przewodu wspólnego, celem dokładnego przeszukania go, wykonywa się nieomal zawsze, nawet i wtedy, gdy wszystko przemawia za tem, iż kamyków nie zawiera.

W klinice *Sauerbrucha* uprawia się na wielką skalę chirurgję klatki piersiowej i płuc. Torakoplastykę wykonuje *Sauerbruch* z techniką bajeczną: operuje on, zależnie od stanu chorego, na kilku posiedzeniach, choć ze względu na

o wiele większe szanse pod względem retrakcji uważa operację jednoczasową za idealną. Szczególny nacisk kładzie on na to, by wyciąć żebra tuż przy kręgosłupie, nie pozostawiając tu kikutów, mogących przeciwdziałać zapadnięciu się ściany klatki piersiowej; jest to ważniejsze, aniżeli wycinanie możliwie dużych kawałów żeber.

Co się tyczy chirurgji mózgu, to na szczególną uwagę zasługuje oddział prof. *Heimanna* w Berlinie. Technika jego operacyj mózgowych jest pierwszorzędna; posługuje się on prawie wyłącznie nożem elektrycznym. Znieczulenie miejscowe, ewent. z podstawowem awertynowem. Operuje bardzo wolno i skoro pojawią się objawy niekorzystne, np. spadek ciśnienia krwi, lub jeżeli krwawienie, nie dające się opanować, pocznie przeszkadzać, przerywa operację i odkłada do posiedzenia następnego po upływie pewnego czasu. Wielkie znaczenie przypisuje *Heimann* dobrej diagnostyce, która, wedle jego oświadczenia, dzięki postępom techniki zabiegów rozpoznawczych i dzięki współpracy znakomitych neurologów z chirurgami, poczyniła tak dalekie postępy, iż rozpoznanie trafne bywa w 80% przypadków.

Na wzmiankę zasługuje zapatrywanie chirurgów niemieckich na sprawę chirurgji w wieku dziecięcym. Skłaniają się oni do tego, by stwarzać odrębne oddziały chirurgiczne dla dzieci, z lekarzami chirurgami specjalnie wyszkolonymi. Słusznie podkreśliło kilku chirurgów, że chirurgiczny zabieg na dziecku nie dlatego oznacza coś szczególnego, że ma się tu do czynienia z organizmem ludzkim en miniature, co utrudnia zabieg technicznie, lecz, że wiele czynników witalnych, fizjo- i biologicznych odbiega od prawideł, do których przywykliśmy, lecząc dorosłych. Dość często właśnie w wieku dziecięcym stosują w Niemczech awertynę i to celem otrzymania odurzenia podstawowego, dodając potem nieco eteru, chloroformu lub chlorku etylu.

Z inowacyj w dziedzinie urologji zasługuje na podkreślenie wprowadzenie prawie ogólnie abrodilu w celach pyelografji dożylnej, poza tem stosuje się wdmuchiwanie tlenu w tkanki otaczające nerkę, w celu uwidocznienia tejże na radjogramie, czyli w celu t. zw. renografji.

Sprawą znieczulenia zajmują się szczegółowo bodaj że wszyscy chirurdzy niemieccy i wszędzie spotykamy inowacje, pomysły własne, próby ulepszenia i t. d. W klinice *Sauerbrucha* dużo operacyj, nawet większych, wykonywa się w narkozie gazem rozweselającym, w innych klinikach stosuje się to znieczulenie dodatkowo u chorych, których już uśpiono wzgl. odurzono przez wlanie do odbytnicy awertyny w rozczynie. *Heimann* do operacyj mózgowych posługuje się również odurzeniem poprzednim awertyną, poprzedzającem znieczulenie miejscowe. *Nordmann* operuje dużo w znieczuleniu awertyną, unika jednak także pełnej narkozy awertynowej, natomiast uzupełnia ją solaesthiną. Wystarcza wlanie rozczynu 2,5%-owego awertyny do odbytnicy na ½ godziny przed zabiegiem, w ilości 0,06 g awertyny na 1 kg wagi ciała. Na klinice *Biera* stosują z rzeczywiście bardzo dobrym skutkiem znieczulenie lędźwiowe w na-

stępujący sposób: nasamprzód wstrzykują 1 cm³ 1%-owego roztworu novocainy, a następnie 10 — 20 minut później jeszcze raz 1 — 2,75 cm³ 5%-owego roztworu novocainy, do którego to roztworu dodano suprareniny i to 5 kropel na 3 cm³ rozczynu. Korzyści, które daje zrobione w ten sposób znieczulenie, i przedłużenie jego działania z jednej, oraz zmniejszenie nieprzyjemnych objawów ubocznych z drugiej strony, spowodowane są kumulacją działania środka przez powtórne wstrzyknięcie oraz immunizacją, którą sprawia pierwsze wstrzyknięcie drobnej ilości novocainy.

Zabiegi operacyjne na układzie nerwowym współczulnym nie cieszą się naogół u chirurgów niemieckich uznaniem i nie przypisuje im się obecnie większego znaczenia praktycznego. Prof. *Frey*, wobec niepewnych wyników, zaniechał zupełnie sympatiectomji, radicotomji i t. p. zabiegów.

Frey odkrył hormon trzustkowy, działający regulująco na unerwienie naczyń krwionośnych, zwłaszcza w kierunku rozszerzającym naczynia, powodujący w danym razie czynną hiperemję. Hormon ten, t. zw. kallikreina (padutina), stosowany w formie powtarzanych przez dłuższy czas systematycznie zastrzyków, okazał się skuteczny w chorobie Raynauda, claudicatio intermittens, chorobie Bürgera, dusznicy bolesnej, sklerodermji i innych sprawach na tle angiospastycznych przejawów. Preparat w ampułkach wyrabia I. G. Farbenindustrie, Leverkusen. W czasie wykładu na ten temat pokazał *Frey* bardzo pokaźną liczbę chorych, u których leczenie wymienione dało wyniki, przewyższające to, co zwykliśmy osiągać w tych sprawach, przeważnie bardzo niewdzięcznych.

Z powyższego widać, że chirurdzy niemieccy w swych pracach naukowych nietylko baczą na postęp w kierunku techniki operacyjnej. Widoczne jest to zwłaszcza u współpracowników *Biera*. Na klinice jego stale asystenci młodsi i starsi przeprowadzają badania kliniczne i doświadczalne, wchodzące w zakres organoterapji, hormonoterapji i t. p. zagadnień nowoczesnego lecznictwa.

Dr. HELENA HEIDINGSFELD. Szpital dla dzieci w Karlsruhe.

LECZENIE STANÓW DYSPEPTYCZNYCH U DZIECI PREPARATAMI TANINY.

(Referat według Münchener med. Wochenschrift, Nr. 32, r. 69).

Leczenie biegunek u niemowląt ogranicza się obecnie prawie wyłącznie do zabiegów dietetycznych. Dawniej stosowano jednak chętnie i z powodzeniem środki wstrzymujące i ściągające, jak np. preparaty bizmutowe i taninowe. Pedjatrja dzisiejsza niesłusznie zarzuciła te niejednokrotnie bardzo skuteczne leki. W podręcznikach chorób dzieci nie wspomina się o tych lekach prawie wcale lub zaledwie bardzo pobieżnie. Uważa się naogół te preparaty za łagodne

środki pomocnicze, które można zresztą czasami w podostrym okresie niestrawności stosować, lecz które w porównaniu z działaniem leczniczem pokarmów, obfitujących w wapń i w białko, odgrywają jedynie rolę drugorzędną. Działanie lecznicze odpowiednio dobranej diety nie może, oczywiście, ulegać żadnej wątpliwości. Należy jednak również przyznać, i chyba każdy doświadczony lekarz zgodzi się z tym poglądem, że istnieje liczny szereg dzieci, u których stolce, pomimo ścisłego przestrzegania diety, pozostają ciągle półpłynne lub źle sformowane, z domieszką śluzu. Nieładne te stolce zwracają przedewszystkiem uwagę matki, a następnie lekarza. W wielu takich przypadkach uważa się, że sprawa chorobowa polega nietylko na nieprawidłowej fermentacji w kiszkach cienkich, lecz, że istotą jej jest nieżyt przewlekły kiszki grubej, który jest bardziej odporny na leczenie dietetyczne. W przypadkach takich narzuca się pytanie, czy leczenie preparatami taniny nie zostało w ostatnich czasach niesłusznie zaniedbane. Kierując się temi względami, wznowiliśmy zarzucone przeważnie podawanie przetworów taniny w przebiegu podostrych i przewlekłych stanów dyspeptycznych, którym towarzyszą uporczywe śluzowe stolce. Działanie jednak kilku stosowanych preparatów nie okazało się, według naszego zdania, dostatecznie dobre. Liczba przypadków pomyślnie reagujących na to leczenie i przypadków odpornych była prawie jednakowa. Już dawniej zresztą *Göppert* i *Langstein* zwracali uwagę, że dla wywarcia wpływu na stan stolców należałoby dotychczas znane preparaty taniny stosować w dawkach tak dużych, że mogłyby one okazywać niepożądane objawy działania ubocznego. Zresztą nawet dawki zwykle podawane mogą wpływać czasami ujemnie na czynność żołądka.

Wobec niedostatecznych wyników podawania preparatów taniny starego typu, postanowiliśmy wypróbować nowy przetwór taniny, znajdujący się w sprzedaży pod nazwą Eldoform. Jest to połączenie drożdży z taniną, przedstawiające szarawy proszek, bez żadnego zapachu, mało rozpuszczalny w wodzie, w rozpuszczalnikach organicznych i rozcieńczonych kwasach, łatwo natomiast rozpuszczalny w rozcieńczonych zasadach. Eldoform ma nad innemi przetworami taniny tę przewagę, że nie posiada żadnego smaku, co ma zwłaszcza u niemowląt dość duże znaczenie. Podawaliśmy Eldoform 37 niemowlętom i 12 małym dzieciom. U niektórych dzieci zaburzenia kiszkowe poprzedzał okres ostry, u niektórych zaś rozpoczynały się one odrazu w sposób przewlekły. Nawet bardzo starannie przestrzegana dieta nie była w stanie wpłynąć pomyślnie ani na nadmierną liczbę wypróżnień, ani na ich śluzowo-płynną konsystencję.

Przeciętna dawka dla niemowląt wynosiła 4 razy dziennie po 0,25 g, a dla dzieci nieco starszych 4 razy dziennie po 0,5 g. Eldoform podawano zawsze mieszając go z pokarmami. Dawki te okazały się dostateczne dla osiągnięcia pożądanego wyniku leczniczego. Dzieci zażywały proszek bez żadnych zastrzeżeń. Jakichkolwiek objawów niepożądanego działania ubocznego nie spostrzegano ani razu.

Szybkość ustępowania wszystkich objawów chorobowych była wprost zadziwiająca. Po upływie 24, najwyżej 48 godzin stolce stawały się bardziej spoiste i nie zawierały już domieszki śluzu. Jedynie w kilku przypadkach potrzeba było nieco dłuższego czasu dla osiągnięcia poprawy. Przez cały czas leczenia przestrzegano określoną dietę, która jako taka, sama nie była w stanie wpłynąć poprzednio na stan wypróżnień. U niektórych dzieci zauważono, że równolegle z poprawą wypróżnień, zwiększała się waga ciała. Naogół wystarcza podawać Eldoform w ciągu 5 do 10 dni. Po odstawieniu lekarstwa stolce nadal pozostawały spoiste lub sformowane.

Z pośród naszych obserwacyj przytoczymy kilka, które wyraźnie dowodzą wartości leczniczej Eldoformu:

Przypadek I. F. R., dziecko 7-tygodniowe. Przyjęte do szpitala 28.XII.

Wywiady: 15 dni karmione piersią, następnie sztucznie, 5 razy dziennie. Od dwóch tygodni stolce gruzełkowate, z domieszką śluzu.

Rozpoznanie: Colitis chronica.

Badanie w dniu 28.XII. Dziecko bardzo wyniszczone, waga 2,400 g. Zabarwienie skóry szarawe, ciało bardzo wiotkie. Narządy wewnętrzne bez uchwytnych zmian. 6 — 8 wypróżnień śluzowatych dziennie bez domieszki krwi. Mocz bez zmian chorobowych.

Dieta: ziółka, mleko białkowe z dodatkiem 3% cukru w dawkach stopniowo wzrastających.

1.I. Stolce nadal wodnisto-śluzowe. Prątków czerwonki w kale nie znaleziono.

6.I. Od chwili przybycia do szpitala dziecko straciło na wadze jeszcze 200 g. Wypróżnienia bez zmian.

10.I. Stolce nadal bardzo luźne, śluzowe, 7 — 8 wypróżnień na dobę.

6.II. Waga ciała nie zwiększa się wcale. Mleko białkowe żadnego wpływu na zachowanie się wypróżnień nie okazało. Początek podawania Eldoformu: 4 razy dziennie po 0,25 g.

8.II. Stolce nadal śluzowate, lecz ilość wypróżnień zmniejszyła się po raz pierwszy od długiego czasu.

10. II. Stolce o konsystencji już stałej. Zwiększenie się wagi.

13.II. Stolce prawidłowe, bez śluzu, 2—3 razy dziennie.

Przypadek II. H. W., niemowlę trzymiesięczne, przybywa do szpitala 27.XII.

Wywiady: od 4 tygodni rumień. Jednocześnie stolce stały się grudkowate i śluzowate. Dwa miesiące karmione piersią, później sztucznie.

Rozpoznanie: Erythrodermia exfoliativa, dyspepsia subacuta.

Badanie w dniu 27.II.: waga 4,000 g. Budowa przeciętna. Strupy na twarzy i owłosionej części głowy. Intertrigo. Skóra sucha. Nacieczenie i zaczerwienienie okolicy pachwinowej, sięgające pępka. Skóra łuszczy się obficie. Narządy wewnętrzne bez zmian. W moczu nic szczególnego.

Dieta: 800 g maślanki + 3% cukru.

8.I. Stolce nadal śluzowate, płynne. Waga bez zmiany.

10.1. Wobec tego, że stan wypróżnień się nie poprawia i ilość stolców dochodzi do 8—10 na dobę, podano dziecku Eldoform 4 razy dziennie po 0,25 g, nie zmieniając wcale sposobu odżywiania.

12.I. Stolce bardziej spoiste, 6 wypróżnień w ciągu doby.

13.I. Trzy prawidłowe stolce. Eldoform tytułem próby odstawiono.

14.I. Pomimo, że dziecko było nadal na jednakowej diecie stolce znowu nabrały charakteru płynnego i śluzowego. Z tego względu znowu zaczęto podawać Eldoform 4 razy dziennie po 0,25 g.

16.I. Stolce spoiste. Stan ogólny dobry. Poprawa zmian skórnych, waga jednak prawie że się nie zwiększa.

18.I. Stolce normalne, bez domieszki śluzu. Waga wzrasta.

Przypadek III. C. R. Dziecko sześciomiesięczne. Przyjęcie do szpitala 2.I.

Wywiady: w ciągu 4 tygodni karmione piersią, następnie przez 4 tygodnie pokarm mieszany, wreszcie odżywianie sztuczne. Od 15 dni biegunka, stolce półpłynne, grudkowate.

Rozpoznanie: Dyspepsia subacuta.

Badanie w dniu 2.I. Stan odżywiania dobry. Waga 5,700 g. Skóra jędrna. Narządy wewnętrze bez zmian. Stolce płynne, grudkowate, z domieszką śluzu.

Dieta: 600 g mleka białkowatego + 3% cukru.

7.I. Stolce nadal śluzowate, 6 wypróżnień dziennie. Waga się nie zwiększa. 900 g mleka białkowatego + 5% cukru.

8.I. Wobec tego, że stolce nadal zachowują swe cechy patologiczne — 4 razy dziennie po 0,25 g Eldoformu.

10.I. Znakomita poprawa: 3 — 4 stolce dziennie, bez śluzu i grudek.

12.I. Stolce spoiste. Eldoform odstawiono.

13.I. Stolce znowu ze śluzem. Znowu Eldoform.

15.I. Stolce sformowane. Wzrost wagi.

Na podstawie swych spostrzeżeń autorka dochodzi do wniosku, że Eldoform przedstawia doskonały preparat taninowy. Jest to nadzwyczaj pożyteczny środek pomocniczy przy leczeniu dietetycznem podostrej i przewlekłej niestrawności u niemowląt i małych dzieci. W znacznej większości przypadków stwierdzono szybką poprawę zmienionych chorobowo wypróżnień i jednocześnie zwiększanie się wagi ciała. Nierzadko pomyślny wynik leczniczy osiąga się nawet pomimo niezastosowania przepisów dietetycznych.

MEDYCYNA A SZTUKA BOKSERSKA.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques, tom IV, Nr. 6).

Każdy skurcz serca wyciska pewną ilość krwi z komory lewej i wtłacza ją do aorty; z aorty zaś krew przez coraz drobniejsze rozgałęzienia układu tętniczego przenika do wszystkich tkanek naszego ustroju i dostarcza im niezbędnych dla życia składników odżywczych. Tętnice szyjne, które wznoszą się pionowo po obu stronach szyi, pochodzą z aorty: lewa bezpośrednio, prawa zaś prawie bezpośrednio. Obie tętnice szyjne są więc naczyniami bardzo blisko związanemi z sercem. Na swym przebiegu tętnice szyjne krzyżują się z mięśniami mostkowo - obojczykowo - sutkowemi. Na poziomie przedniego brzegu tego mięśnia obie tętnice szyjne przebiegają stosunkowo powierzchownie i tworzą tu niewielkie rozszerzenia zwane zatoką. Następnie każda tętnica szyjna dzieli się na tętnicę szyjną wewnętrzną i zewnętrzną, które zaopatrują w krew całą głowę i mózg. Mózg, siedlisko świadomych czynności człowieka, otrzymuje więc krew z prawej i lewej wewnętrznej tętnicy szyjnej.

Gdy dopływ krwi do mózgu ulegnie choćby bardzo krótkotrwałej przerwie, anemja mózgu powoduje natychmiast utratę przytomności, która rów-

nież może być zaledwie chwilową. Tem właśnie się tłumaczy, że tętnice szyjne, doprowadzające krew do mózgu, nazywają się „carotides“, co oznacza po grecku „oszołomić“ lub „pogrążyć w głęboki sen“.

Nerw zatokowy, pochodzący z wspomnianej zatoki tętnicy szyjnej, wywołuje dwa odruchy: pierwszy hamuje czynność serca, drugi zaś rozszerza naczynia krwionośne na określonych obszarach ciała. Jednoczesne zadziałanie obu odruchów wywołuje znaczny spadek ogólnego ciśnienia tętniczego. Gdy podrażnić nerw zatokowy np. przez ucisk lub uderzenie, wówczas gwałtowny spadek ciśnienia tętniczego przerywa dopływ krwi do mózgu, co wywołuje przemijającą utratę przytomności. W warunkach zwykłych każde uderzenie serca powoduje stale i nieprzerwanie określone podrażnienie ściany wewnętrznej zatoki tętnicy szyjnej. Ciśnienie tętnicze warunkuje więc na drodze mechanicznej podrażnienie zakończeń nerwów zatokowych i zapewnia rodzaj stałej samoregulacji.

Ucisk na zatokę tętnicy szyjnej, wywołany uderzeniem pięści boksera, jest mniej więcej sto razy silniejszy niż ucisk zależny od prawidłowego ciśnienia tętniczego. Uderzenie w okolicę żołądka działa tak samo jak uderzenie w zatokę szyjną: wywołuje ono odruch, który wpływa przedewszystkiem na serce i naczynia, obniża ciśnienie tętnicze, zmniejsza dopływ krwi do mózgu i w związku z chwilową anemizacją mózgu wywołuje przemijającą utratę przytomności. Utrata świadomości sprawia, że uderzony pada zwykle na ziemię. Inny natomiast jest mechanizm przytomności i upadku wskutek uderzenia w podbródek.

Według badań *Somena* uderzenie w podbródek wywołuje wstrząśnienie kanałów półokrężnych ucha wewnętrznego, które rządzą naszą równowagą. Wstrząs ten udziela się za pośrednictwem gałęzi wstępującej szczęki dolnej, stawu żuchwowo - skroniowego i kości skalistej i wywołuje na poziomie rdzenia przedłużonego, móżdżku i kory mózgowej szereg objawów niezależnych od naszej woli, które również doprowadzają do przejściowej utraty przytomności. Uderzenie w podbródek tem się jednak różni od uderzeń w zatokę szyjną lub w okolicę żołądka (splot słoneczny), że utracie przytomności towarzyszy ponadto utrata pamięci, tak że bokser może, naprzykład, zapomnieć o stoczonej przed chwilą walce.

Jack Dempsey, były mistrz świata ciężkiej wagi, opowiada, że na początku jego karjery bokserskiej został podczas walki z *Gunboatem* mocno uderzony w podbródek już w pierwszej rundzie. *Dempsey* padł, następnie jednak podniósł się i ostatecznie wygrał walkę na punkty. W szatni bokser tłumaczył się przed swym menażerem *Kearensenem:* „To jednak nie moja wina, że przegrałem, ten djabeł uderzył zbyt mocno“. Można sobie wyobrazić wielkie zdziwienie *Dempseya*, gdy dowiedział się, że po upadku kontynuował on jednak walkę nadal i wreszcie zwyciężył swego przeciwnika. Wszystko, co się działo po uderzeniu, które otrzymał w podbródek, było jakby zupełnie wytarte z jego pamięci.

Gdy podczas walki bokserów uderzenie trafia w górną część szyi lub w boczną część szczęki dolnej, udziela się ono zatoce szyjnej, co wywołuje knock-out. Okolicę zatoki szyjnej można do pewnego stopnia ochronić przez pochylenie głowy ku przodowi. Zręczność boksera odgrywa przy tem wielką rolę.

Walka bokserska wymaga nadzwyczaj szybkiego, odpowiedniego i skutecznego zareagowania na zamierzony cios; jest to szkoła odwagi, zręczności, cierpliwości i energji. Bokser powinien doskonale panować nad najmniejszemi i najszybszemi ruchami przeciwnika i umieć natychmiast odparować je we właściwy sposób — powinien on być „mistrzem $^1/_{10}$ części sekundy". Ilość ruchów możliwych w jednostce czasu jest odwrotnie proporcjonalna do długości i masy poruszanych członków. Długie i grube grupy mięśniowe nie mogą się poruszać tak szybko i tak regularnie jak krótkie i cienkie segmenty kończyn. Tak np. największa możliwa szybkość ruchu palców na sekundę jest prawie dwa razy większa niż szybkość ruchu nóg. Z wszechstronnych badań sportowców, przeprowadzonych przez *Schulte*'go i *Nolte*'go wynika, że szybkość nie jest jednak jedynym czynnikiem rozstrzygającym o zwycięstwie w walce bokserskiej: wchodzi tu w rachubę również przytomność umysłu, umiejętność kombinowania uderzeń i przedewszystkiem odporność na postępujące zmęczenie. Jeżeli uwzględnić, że czas niezbędny do wykonania z możliwie jaknajwiększą szybkością określonego uderzenia wynosił u sześciu bokserów 0,044, 0,071, 0,107, 0,179, 0,357, 0,424, to staje się zrozumiałem, że niezawsze jest możliwe przeciwstawić uderzeniu przeciwnika skuteczną obronę i że najlepszy sposób obrony musi polegać na odpowiednich nieprzerywanych ruchach boksera.

Dr. H. DEICHGRAEBER, Oddział położniczy Szpitala Miejskiego, Berlin-Szpandawa.

W SPRAWIE ROZPOZNANIA RÓŻNICZKOWEGO ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO i ZAPALENIA MIEDNICZEK NERKOWYCH PODCZAS CIĄŻY.

(Referat według Der Chirurg, 1931, Nr. 12).

W praktyce chirurgicznej dotyczącej kobiet ciężarnych zdarza się czasami, że rozpoznaje się zapalenie wyrostka robaczkowego, usuwa się go, poczem badanie anatomo-patologiczne nie wykazuje żadnych zmian zapalnych wyciętego wyrostka. Rozpoznanie więc było błędne, a istotną przyczyną objawów chorobowych przeważnie bywa w takich przypadkach wyłącznie prawostronne zapalenie miedniczki nerkowej, powstające wskutek fizjologicznego prawostronnego skrzywienia ciężarnej macicy. W zwykłych typowych przy-

padkach zapalenia miedniczek nerkowych u ciężarnych badanie osadu moczowego powinno nas zawsze uchronić przed błędnem rozpoznaniem; jeżeli jednak nastąpiło zagięcie lub ucisk prawego moczowodu z zastojem moczu i uniemożliwieniem jego odpływu, wówczas w miejscu przeszkody w punkcie Mac Burney'a stwierdza się bolesność uciskową, a jałowy mocz nie wykazuje żadnych składników chorobowych; objawy te nasuwają błędne rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego i skłaniają do wykonania niebezpiecznej ze względu na ciążę operacji. W tych warunkach dożylna pyelografja może nas ustrzec przed niepotrzebną laparotomją.

Jeżeli mamy do czynienia z tak stosunkowo częstym podczas ciąży utrudnieniem odpływu w prawym moczowodzie, wówczas pyelogram wykazuje rozszerzenie prawej miedniczki i moczowodu, wypełnionych zastoinowym moczem, zawierającym środek kontrastowy, który po stronie lewej już dawno zdążył się wydzielić. Dwa opisane przez *Deichgräbera* przypadki są najlepszym dowodem, że pyelografja dożylna przedstawia cenny pomocniczy środek diagnostyczny dla rozpoznania niewyraźnych, przebiegających z podrażnieniem otrzewnej prawostronnych cierpień brzusznych u kobiet w ciąży.



Pyelografja dożylna zapomocą Abrodilu.
Po stronie prawej znaczny zastój w miedniczkach i moczowodzie.

U dwóch ciężarnych rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego i przepisano je na oddział chirurgiczny celem dokonania operacji. Pyelografja dożylna wykazała natomiast zastój w prawym moczowodzie i umożliwiła uniknięcie niepotrzebnej i szkodliwej operacji. Rycina przedstawia uwidocznione zapomocą Abrodilu drogi moczowe drugiej kobiety, będącej w końcu piątego miesiąca ciąży, w godzinę po dożylnem wstrzyknięciu Abrodilu. Po stronie prawej widzimy znaczny zastój wywołany podwójnym skrętem moczowodu. Leczenie wewnętrzne i ułożenie na lewym boku w zupełności wystarczyło dla wyleczenia obu kobiet.

ARSEN JAKO TRUCIZNA.

Rys historyczny.

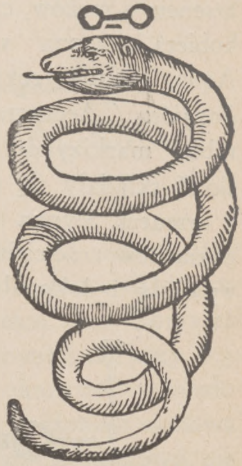
(Referat według: „Trucizny w historji powszechnej" LEWINA).

Arsen jest jednym z najlepiej znanych środków leczniczych. Stosowano go, prawdopodobnie, już w czasach przedhistorycznych. Tak samo dobrze już dawno znane były dodatnie własności lecznicze arsenu jak i jego własności trujące, a zwłaszcza charakterystyczny sposób działania tej trucizny. W przeciwieństwie do wielu innych trucizn szkodliwe działanie arsenu przebiega w sposób niewyraźny i podstępny: wymioty, biegunki, bóle głowy, parestezje, wrażliwość nerwów na ucisk, porażenie mięśni prostowników. Objawy zatrucia arsenem przebiegają przeważnie w taki sposób, że można je błędnie rozpoznawać jako oznaki jakiejś rozpoczynającej się ciężkiej choroby i dzięki temu truciciele mogli w ciągu tysięcy lat zgładzać ze świata swe ofiary zapomocą arsenu zupełnie bezkarnie, gdyż chemiczne wykazanie obecności trucizny było jeszcze niemożliwe. Ostre zatrucie ma przebieg podobny do cholery i w czasach epidemji cholery byłoby bardzo trudno odróżnić czysto klinicznie otrucie arsenem od cholery.

Celsus już w 20-ym roku po N. Chr. wspomina, że arsen wywołuje ciężkie wyniszczenie i biegunki. *Lewin* jednak jest zdania, że znajomość trującego działania arsenu pochodzi nie z krajów zachodnich, lecz że Grecy podczas swych wypraw wojennych sprowadzili arsen ze wschodu, a następnie przeniknął on z Grecji do Rzymu. Na potwierdzenie tego poglądu można przytoczyć okoliczność, że *Arystoteles* znał działanie trujące sandaraku, t. zn. purpurowo-czerwonego dwusiarczku arsenu, o którym pisze w swej „Historia animałum": „Sandarak zabija konie i wszelkie bydło. Rozrabia się go z wodą i przesącza".

Ostatnie zdanie mogłoby wskazywać na stosowanie sandaraku dla celów leczniczych, a pierwsze mogłoby ewent. uchodzić za spostrzeżenie oparte na przedawkowaniu. I istotnie pewien stary rękopis tłumaczy śmierć po zażyciu arsenu zastosowaniem zbyt wielkiej dawki. W każdym jednak razie wzmianka *Arystotelesa* o sandaraku dowodzi, że w r. 340 przed N. Chr. toksyczne własności arsenu były już dobrze znane. Uczeń *Arystotelesa*, *Theophrastus*, znał również i trójsiarczek arsenu, któremu nadał nazwę „arrenikonu" (nasz dzisiejszy aurypigment — związek wyróżniający się swą piękną złotą barwą). *Dioskurides* nazywa go w I-ym wieku po N. Chr. „arsenikon". Również i *Dioskurides* już wiedział, że arsenikon wywołuje bóle w brzuchu. Następnie w 8-ym wieku Arab *Geb-Er* otrzymuje przez ogrzanie aurypigmentu arszenik. Lekarze arabscy zbadali dokładnie toksykologję arszeniku. *Avicenna* odróżnia biały, żółty i czerwony arsen. Arsenicum sublimatum stosowano dla usunięcia włosów, dla oczyszczenia ran, przeciwko świerzbie, astmie i t. d.

Sposób zbrodniczego stosowania arsenu podlegał w ciągu wieków licznym zmianom. Stosowano go podstępnie nietylko w postaci różnych maści dla leczenia ran lub jako domieszki do pokarmów, lecz nawet w postaci proszku zakładanego do pochwy. Byli również i tacy truciciele, którzy dodawali arsen do świec i świece te, paląc się w sypialni nic niepodejrzewającej ofiary, wywoływały fatalne skutki zatrucia arsenowego. Według *Lewina* również i cesarz *Leopold I* został w 1705 roku otruty zapomocą woskowej świecy, zawierającej domieszkę arsenu. *Bunsen* omawia możliwość zbrodniczego otrucia cygarami, zawierającemi odpowiednią dawkę arsenu.

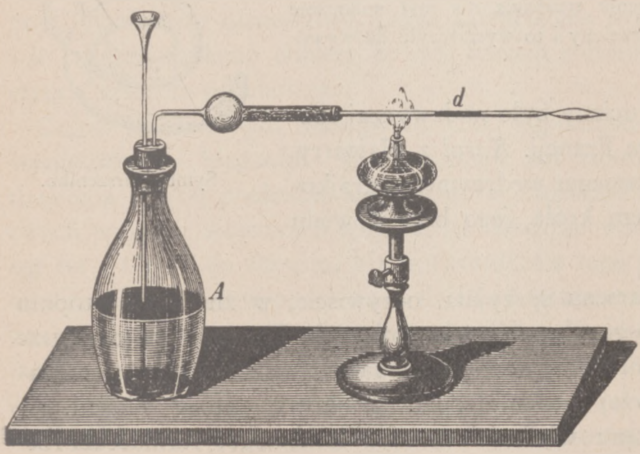

Symbol arszeniku.

Cesarz bizantyjski *Kantakuzenos* (1347) również o mało co nie padł ofiarą skrytobójczego otrucia arsenem. Resztę trucizny przygotowanej dla cesarza pomocnik truciciela miał zakopać za miastem. Gdy pomocnik ten wrócił do swego mieszkania i spożył jakąś potrawę, wystąpiły u niego objawy zatrucia arsenem: bóle w rękach, biegunki, krosty w jamie ustnej, rozluźnienie zębów z powodu zaniku dziąseł. Pomocnik truciciela nie mył widocznie rąk, na których pozostały ślady trucizny i to wystarczyło do wywołania tak groźnych objawów.

Stosowanie arsenu jako trucizny było nadzwyczaj rozpowszechnione również i we Francji. *Karol* z Nawarry, jak głosi podanie, wydał pewnemu wędrownemu grajkowi rozkaz, aby otruł arsenem króla, jego braci i wielu francuskich książąt.

Łatwość otrzymywania arsenu sprzyjała, oczywiście, w znacznym stopniu temu szerokiemu stosowaniu go dla celów zbrodniczych. Prawodawstwo zawsze zresztą dążyło do karania nieuprawnionej sprzedaży trucizny. W postępowaniu karnem przeciwko wyżej wspomnianemu grajkowi, który okazał się w posiadaniu kawałka arsenu wielkości orzecha laskowego, farmaceuci-rzeczoznawcy orzekli, że nigdyby się nie odważyli sprzedawać arsenu bez zezwolenia odpowiednich władz. W 15-ym wieku sprzedawanie arsenu było częstokroć dostatecznym powodem do postawienia sprzedającego przed sądem jako oskarżonego conajmniej o współudział w trucicielstwie. W Niemczech, a zwłaszcza w Norymberdze, sprzedaż arsenu podlegała ścisłej kontroli i sprzedawcy mogli wydawać arsen jedynie za zezwoleniem władz. W archiwach

miejskich Norymbergji i wielu innych miast niemieckich znajdujemy pochodzące z 15-go wieku przepisy apteczne, ograniczające i kontrolujące sprzedaż arsenu. Również i *Ludwik XIV* usiłował zapomocą odpowiednich przepisów prawnych utrudnić nabywanie arsenu dla celów zbrodniczych. Nie bacząc na te wszystkie przepisy, truciciele stosowali arsen na dużą skalę i to zwłaszcza dla otruć masowych. Podług doniesień z roku 1680 pewna kobieta otruła kolejno arsenem 4 mężów, czworo dzieci przyrodnich i jeszcze 5 innych mężczyzn. Inna kobieta stracona w r. 1730 w Neapolu podobno otruła zapomocą t. zw. Aqua Tofana (roztwór arsenu w Aqua Cymbalariae) 600 osób. Trucizna *Borgiów* („Aequetta di Perugia"), trucizna dworu bizantyjskiego, „Eau mirable" markizy de *Brinvilliers* lub tak zwany cynicznie „Poudre de succession" składały się zawsze z arsenu lub z mieszanin różnych innych trucizn z arsenem. Słynna trucicielka *Gottfried* otruła arsenem 15 osób i dokonała 15 zamachów trucicielskich; von der *Linden* otruła w czasie od r. 1869 do 1883 23 osoby i dokonała 50 zamachów trucicielskich.



Wykazywanie arsenu metodą Marsha:
A = badany materjał zawierający arsen + cynk + kwas siarczany; wytwarza się H i AsH_3;
d = zwierciadło arsenowe (według Huspratta).

Od czasu gdy *Marsh* wykrył swój znany sposób stwierdzania obecności trucizny (zwierciadło Marsha), zbrodnicze zatrucia arsenem stają się coraz rzadsze, dokładne zaś poznanie toksykologji arsenu usunęło również wszelkie niebezpieczeństwo stosowania arsenu dla celów leczniczych. Przy ostrożnem stosowaniu arsenu jako pasty żrącej w dentystyce mała i jednorazowa dawka nie powinna naogół wywoływać żadnych objawów działania ubocznego. Zastosowanie nieumiejętne nie jest, oczywiście, pozbawione niebezpieczeństwa. Dowodzi tego np. przypadek opisany przez *Huhsa* (Ztschr. f. Medizinalbeamte 1899, tom 20), w którym założenie pasty arsenowej do spróchniałego zęba bez zamknięcia doprowadziło do ciężkiego, choć nie śmiertelnego zatrucia*).

*) Przy zatruciach arsenem wskazane są przepłókiwania żołądka, środki wymiotne, podawanie łyżeczkami Ferrum oxydatum saccharatum solubile, Magnesia usta, względnie Anti-

W dziedzinie chorób wewnętrznych arsen jest również i dzisiaj jednym z najniezbędniejszych środków leczniczych zwłaszcza w leczeniu niedokrwistości i stanów wyczerpania. Tolerancję arsenu udało się znakomicie powiększyć przez wprowadzenie do lecznictwa związków organicznych arsenu (Elarson, Solarson i t. d.). Również i dermatolodzy uważają arsen za środek swoisty dla leczenia niektórych chorób skórnych.

Prof. dr. STAHNKE, Klinika chirurgiczna Szpitala im. Marji. Ludwigshafen.

O USYPIANIU GAZEM ROZWESELAJĄCYM.

(Referat według: Der Chirurg 1932, z. 1.).

Stahnke zestawia w krytycznej pracy przebieg uśpienia 500 przypadków narkozy gazem rozweselającym. Wiek chorych wahał się w szerokich granicach od 6 miesięcy do 87 lat. Dla przeprowadzenia uśpienia autor korzystał z aparatu *Stiefenhofera*. *Stahnke* nigdy nie dążył do całkowitej narkozy wyłącznie zapomocą gazu rozweselającego, lecz gdy sam gaz okazywał się niedostateczny dla osiągnięcia doskonałego uśpienia, wówczas natychmiast dodawał eteru. Wobec tego, że potrzebna dawka eteru była zawsze stosunkowo niewielka, ani razu nie stwierdzono żadnych, najmniejszych nawet przykrych objawów działania ubocznego lub powikłań. Przy stosowaniu gazu rozweselającego chorzy nie doznają tego bardzo nieprzyjemnego uczucia duszenia się. Uśpienie następuje bez żadnego pobudzenia. Jako środek przygotowawczy do uśpienia wstrzykiwano pantopon lub mieszaninę skopolaminy z eukodalem i ephetoniną, która oddawała bardzo cenne usługi.

Eter dodawano przedewszystkiem przy operacjach brzusznych; po osiągnięciu jednak zupełnego zwiotczenia wystarczało nadal czyste uśpienie gazem rozweselającym. Gdy pod koniec operacji zaszywano powłoki brzuszne, wówczas znowu dodawano nieco eteru. Dawka potrzebnego eteru wahała się odpowiednio do różnej w poszczególnych przypadkach łatwości lub też trudności osiągnięcia uśpienia. *Stahnke* rozpoczyna narkozę, podając czystą mieszaninę gazu rozweselającego z tlenem, przyczem przez cały czas uśpienia dodatek tlenu ani na chwilę nie może być mniejszy niż 20%. Dzieci poniżej 14 lat mają większe zapotrzebowanie tlenu niż dorośli i dlatego nie wolno, aby dawka tlenu opadła poniżej 30%. Na początku uśpienia wydech zapomocą specjalnego włączonego urządzenia skierowuje się poprzez naczynie z potasem. Jeżeli

---

dotum arsenici (Magnesia usta + wodorotlenek żelaza), następnie żelazo siarkowe, węgiel, białko, mleko lub kleiki, tłuszcze; dożylne wstrzykiwania tiosiarczanu sodu; Suprarenina względnie Rephrina; w przypadkach, w których występują objawy skórne, wskazane jest dokonanie prób leczenia zapomocą domięśniowych wstrzykiwań wyciągu wątrobowego Campolon.

chory wdychając mieszaninę gazu rozweselającego i tlenu zasypia, co następuje bez żadnego pobudzenia, wówczas dla pogłębienia narkozy powoli dodaje się kroplami eter. Autor zwraca na to szczególną uwagę, aby eter dodawać bardzo powoli, gdyż natężenie samego tylko uśpienia gazem rozweselającym z biegiem czasu stopniowo wzrasta. Przy prawidłowem wypełnieniu urządzenie wydechowe może pozostać włączone przez cały czas operacji. Jeżeli jednak zabarwienie muszli usznej lub rany wykazuje, że krew staje się ciemniejsza, wówczas wystarcza przestawienie kurka na wolny wydech. Po ukończeniu operacji włącza się wydech (lecz tym razem nie poprzez potas) znowu na kilka oddechów, co jeszcze bardziej przyspiesza szybkie zresztą samo przez się przebudzenie. Ilość dodanego eteru wahała się przeciętnie od 20 do 46 g. Tylko w 13 operacjach (przeważnie ciężkie laparotomje) zachodziła potrzeba stosowania większych dawek. Przy porównaniu tych dawek eteru z dawkami niezbędnemi dla czystej narkozy eterowej, widzi się, jak wielkiem jest zaoszczędzenie eteru. Bez dodawania eteru *Stahnke* mógł obejść się tylko przy zabiegach na kończynach. Ostatnio autor często łączy znieczulenie miejscowe z uśpieniem gazem rozweselającym.

Dr. F. FREUND, Praga Czeska.

ANESTEZYNA JAKO ŚRODEK UŚMIERZAJĄCY SWĘDZENIE.

(Referat według Ther. d. Gegenw. r. 8. Nr. 6).

Piśmiennictwo o Anestezynie jest bardzo obszerne; posiadamy liczny szereg spostrzeżeń o jej pomyślnem działaniu leczniczem prawie we wszystkich dziedzinach medycyny. Autor zwraca w swej pracy uwagę na własność Anestezyny uśmierzania swędzenia. Już *Noorden* pisał w swoim czasie o doskonałych wynikach leczenia Anestezyną świądu sromu w przypadkach cukrzycy.

Jak wiadomo Anestezyna (ester etylowy kwasu paraminobenzoesowego) jest białym, nieposiadającym żadnego smaku, bezwonnym proszkiem. Anestezyna bardzo trudno rozpuszcza się w gorącej wodzie, łatwo natomiast w alkoholu, chloroformie, tłuszczach i oliwie. Łączy się łatwo z tłuszczami i nadaje się z tego względu doskonale do przygotowania różnych maści, w których nie podlega żadnym zmianom.

Pytanie, gdzie i w jaki sposób Anestezyna działa na nerwy, nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte. *Spiers* tłumaczy działanie znieczulające Anestezyny w sposób następujący: Między znieczuleniem i wynikiem leczniczym istnieje bezpośredni stosunek wzajemnej zależności. Nerwy tkanek chorobowo zmienionych pobudzają odruchowo układ naczynioruchowy. Powstaje w ten sposób przekrwienie i obrzmienie, będące odpowiedniem podłożem do zakażenia.

W krótkim czasie rozwija się typowe zapalenie ze wszystkiemi jego charakterystycznemi cechami.

Jeśli się jednak uda przytłumić zapomocą Anestezyny lub innego środka znieczulającego pobudliwość zajętych nerwów w ten sposób, że nie będą one w stanie wywołać odruchu naczynioruchowego, wówczas objawy zapalne wytworzyć się nie będą mogły. Znieczulenie nie jest więc terapją tylko objawową, lecz przyczynia się do wyleczenia. Zjawisko to występuje w sposób szczególnie wyraźny przy świądzie cukrzycowym lub starczym oraz przy świądzie sromu. Jeśli świąd ustępuje, chory przestaje się drapać, nie naraża zakończeń nerwowych na dalsze zewnętrzne wpływy szkodliwe, dzięki czemu błędne koło zostaje przerwane.

Autor wypróbował na licznym szeregu chorych, cierpiących na świąd, większość zwykle stosowanych w takich przypadkach leków, lecz nie były one w stanie uśmierzyć dokuczliwego objawu. Wówczas zwrócił się do Anestezyny i zastosował następujący przepis:

Anaesthesini	25,0
Lanolini	250,0

Maść ta stale sprowadzała doraźną ulgę, swędzenie ustępowało na długie godziny, chorzy przestawali się drapać, tak że goiły się również wtórne objawy wywołanej drapaniem pryszczycy. Jako przykład pomyślnego działania Anestezyny autor przytacza w streszczeniu historję choroby pewnego 73-letniego pacjenta, chorującego już od 30 lat na cukrzycę, który od pewnego czasu zaczął się skarżyć na rozsiane swędzenie skóry. Sama skóra żadnych zmian chorobowych nie wykazywała. Stan ogólny chorego pogarszał się stopniowo coraz bardziej, gdyż nie spał on prawie wcale i musiał w ciągu nocy 7 lub 8 razy wstawać i smarować ciało różnemi maściami. Były noce, że chory mógł zasnąć zaledwie na 1—2 godzin. Wszelkie środki nasenne i licznie stosowane pomady nie sprawiały mu żadnej ulgi. Również i konsekwentne leczenie samej cukrzycy, które doprowadziło do zupełnego ustąpienia cukru z moczu, pozostało bez wpływu na ten uporczywy świąd.

Już po pierwszem zastosowaniu maści z Anestezyny pacjent mógł spać bez przerwy od 9 wieczór do 6 rano. Wraz z odzyskaniem snu stan ogólny zaczął się poprawiać. Świąd zmniejszał się z dnia na dzień, tak że wystarczało już tylko dwukrotne smarowanie rano i wieczór. Pryszczyca ustąpiła zupełnie. W przypadku tym chory w ciągu 2 miesięcy zużył 300 g czystej Anestezyny bez najmniejszych jednak objawów działania ubocznego.

Na podstawie dużego doświadczenia autor zaleca, aby we wszystkich przypadkach świądu skóry stosować 10%-wą maść z Anestezyny, która okazała się ze wszystkich leków najskuteczniejszą. W świądzie sromu maść ta prawie zawsze w ciągu około 8 dni doprowadza do zupełnego wyleczenia.

Prof. dr M. OPPENHEIM i dr A. FESSLER. Oddz. chorób skórn. i wener. Szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

O LECZENIU RZEŻĄCZKI TRYPAFLAVINĄ.

(Referat według Med. Klin. 1931, Nr. 18).

Autorzy rozpoczynają leczenie rzeżączki od przepłókiwań nadmanganianem potasu, a po kilku dniach, gdy druga porcja moczu staje się już wyraźnie klarowniejsza, stosują Protargol. Dla przepłókiwań autorzy stosują wyłącznie nasadę *Majocchi'ego* zmodyfikowaną przez *Oppenheima* (Wiener Klin. Wschr., 1923, Nr. 4). Stopniowo wzrastające stężenia Protargolu — $^1/_4$%, $^1/_2$%, 1%, 1,5% i 2% — stosuje się przeciętnie po 2 razy każde. Następnie przepłókuje się cewkę Albarginą ($^1/_4$, $^1/_2$, 1, 1,5, i 2%). Gdy obie porcje moczu są już zupełnie przezroczyste, wkrapla się na zakończenie kuracji Argentum nitricum ($^1/_4$ — 2%). *Oppenheim* uważa za bardzo pożyteczne, aby przed ustąpieniem wszelkich ostrych objawów stosować ponadto 3 razy na tydzień masaż gruczołu krokowego. Jeżeli wydzielina pod koniec leczenia nie zawiera już gonokoków, wówczas dla ostatecznego stwierdzenia wyleczenia wykonywa się jeszcze następujące sposoby prowokacji: wkraplania 5 i 10%-owego roztworu siarczanu miedzi, przepłókiwania przedniej części cewki moczowej 0,1$^0/_{00}$-owym roztworem sublimatu, wkraplania roztworu Lugola, wprowadzanie cewnika i podskórne wstrzykiwania Aolanu (1 cm^3).

Autorzy leczyli powyższą metodą przeszło 400 chorych z Urethritis gonorrhoica totalis, przyczem w 86% stwierdzono zupełne wyleczenie; u 4% po ukończeniu leczenia znajdywano jeszcze gonokoki, a u 10% ujemny już wynik badania wydzieliny zmienił się po prowokacji na dodatni. Nawroty dotyczyły przedewszystkiem zapalenia gruczołu krokowego, a następnie zapalenia najądrza. U chorych takich *Oppenheim* i *Fessler* stosowali z powodzeniem kombinowany sposób leczenia Trypaflaviną i preparatami srebrowemi. Trypaflavinę wstrzykiwano dożylnie 3 razy tygodniowo (pierwsze wstrzyknięcie 0,05 g, następne 0,1 g). Przy takiem dawkowaniu ani razu nie zauważono żadnych przykrych objawów działania ubocznego. Uczulenie na promienie słoneczne zwalczano skutecznie zapomocą rezorcyny (0,25 g na dobę). Przeciętna ilość wstrzykiwań Trypaflaviny wynosiła 8—10. Dla jednoczesnego leczenia miejscowego stosowano Protargol lub jakąkolwiek sól srebrową. Istniejące ewent. zmętnienie moczu ustępuje już po kilku wstrzyknięciach. Gonokoki w wydzielinie znikają po 3 lub 4 zastrzykach Trypaflaviny. Wobec tego jednak, że ujemny wynik badania nie zawsze jeszcze jest ostateczny, wskazanem jest mimo to dokonać 8 — 10 wstrzykiwań. Jeżeli po zakończeniu tej kombinowanej kuracji nie stwierdza się gonokoków w wydzielinie, wówczas dokonywa się prób prowokacji i dopiero następnie uważa się pacjenta za ostatecznie wyleczonego.

Lecząc rzeżączkę Trypaflaviną autorzy początkowo odnieśli wrażenie, że ostra rzeżączka lepiej reaguje na Trypaflavinę niż przewlekła; obecnie jednak zaniechali stosowania kombinowanego leczenia w przypadkach ostrych, gdyż nie daje ono żadnych szczególnych korzyści, ani nie skraca czasu leczenia. Metodę trypaflavinową ograniczono wobec tego do ściśle określonych postaci przewlekłej rzeżączki; stosuje się ją, mianowicie, u tych chorych, u których przeprowadzono już leczenie miejscowe, a wydzielina po zakończeniu leczenia zawiera jeszcze gonokoki, lub też gdy po ujemnym wyniku badania zjawiły się one znowu pod wpływem prowokacji. Wszystkie bez wyjątku odnośne przypadki autorów dotyczyły chorych wogóle bez powikłań, lub też z powikłaniami (przeważnie zapaleniem gruczołu krokowego lub woreczka nasiennego), które przeszły już w okres przewlekły. Obie porcje moczu tych chorych są zaledwie zlekka mętne, ilość zaś stwierdzanych w rozmazie gonokoków jest niewielka. Widocznie istnieje jednak gdzieś jeszcze małe ognisko chorobowe, oporne na zwykłe leczenie miejscowe. W wyjątkowych przypadkach uporczywość choroby może się tłumaczyć tem, że gonokoki stały się odporne na preparaty srebrowe. Poza tem leczono metodą kombinowaną tych chorych, którzy nie znosili stosowanego zwykle przez autorów leczenia miejscowego. Druga porcja moczu takich chorych jest mętna, lub po przemijającem wyjaśnieniu mętnieje znowu pod wpływem prowokacji, wydzielina stale zawiera gonokoki, czasami występuje parcie na mocz i leczenie trzeba przerwać.

Porównanie wyników terapji 22 chorych leczonych metodą kombinowaną (20 wyleczonych) i 7 leczonych tylko Trypaflaviną (5 wyleczonych) dowodzi potrzeby jednoczesnego stosowania leczenia miejscowego.

Oppenheim i *Fessler* próbują obecnie kombinowane leczenie Trypaflaviną w przypadkach rzeżączki u kobiet, u których, po ukończeniu leczenia, wydzielina jest bardzo skąpa, lecz mimo to zawiera nadal gonokoki.

W. A. BLOEDDORN, U. S. Naval med. School, Washington.

W SPRAWIE NADUŻYWANIA NAPARSTNICY.

(Ann. int. Med. 261,2—268).

Autor omawia w krótkości historję stosowania naparstnicy w lecznictwie, a następnie zwraca uwagę, że naparstnicę stosuje się często bez dostatecznego krytycyzmu. W ten sposób lek ten, jeden z najpożyteczniejszych jakie istnieją, nietylko nie daje żadnego wyniku leczniczego, lecz może się nawet okazać bardzo szkodliwym.

Autor omawia szczegółowo następujące przeciwwskazania do podawania naparstnicy:

Przypadki, w których rzut krwi skurczu sercowego jest zmniejszony, niezależnie jednak od zmian zastawkowych, jak np. w przebiegu wstrząsu lub

wskutek długotrwałego uśpienia; celowość naparstnicy w zapaleniu płuc nasuwa duże wątpliwości; autor osobiście jest zdania, że w większości przypadków nie należy naparstnicy stosować; z własnych jego spostrzeżeń, ograniczających się, coprawda, do niewielkiej liczby przypadków, wynika, że śmiertelność przypadków digitalizowanych była nieco większa. Naparstnica jest również przeciwwskazana w przypadkach przyspieszonego bicia serca na tle nadczynności tarczycy; jest ona natomiast bardzo pożyteczna w przypadkach tych jako przygotowanie przed zabiegiem chirurgicznym, gdyż zwłaszcza przy współistnieniu migotania przedsionków, zwalnia częstość akcji serca. Autor jest przeciwnikiem zasadniczego podawania naparstnicy przed wszelkiemi operacjami. Co się tyczy stosowania naparstnicy w niemiarowościach, jest ona bezwzględnie wskazaną dla leczenia przewlekłego w niemiarowości całkowitej, gdzie oddaje znakomite usługi, przywracając nierzadko nawet zdolność do odpowiedniej pracy, następnie w niedomodze serca, powstałej na tle częstoskurczu napadowego (chociaż na sam napad naparstnica żadnego wpływu nie okazuje), w ciężkich napadach zespołu Adams-Stokes'a, w których naparstnica może się okazać pożyteczną, zmieniając blok częściowy w blok całkowity; skurcze dodatkowe jako takie nie stanowią wcale wskazania do leczenia naparstnicą; można ją stosować z największą ostrożnością w bloku częściowym.

Zmiany zastawkowe jako takie, oraz wszelkie szmery w sercu nie przedstawiają żadnego wskazania do zapisywania naparstnicy; te dwie grupy nozologiczne stanowią największą ilość przypadków, w których nadużywanie naparstnicy wywołuje nerwicę.

Dr. G. LUNTZ, Klinika chorób oczu w Getyndze.

STOSOWANIE PANTOCAINY W OKULISTYCE.

(Referat według Münch. Med. Wschr. 1932, Nr. 19).

Przed przystąpieniem do zastosowania nowego powierzchownego środka znieczulającego Pantocainy w praktyce, autor wypróbował go na 20 zdrowych oczach. Badania te miały na celu stwierdzenie, czy Pantocaina poza swem działaniem znieczulającem nie okazuje również wpływu na szerokość źrenic, rozległość akomodacji, ciśnienie wewnątrzoczne, naczynia rzęskowe i nabłonek rogówki.

Dla osiągnięcia znieczulenia wkraplano do oka tylko jedną kroplę 1%-owego roztworu Pantocainy. Znieczulenie występowało przeciętnie po 1 minucie, raz nawet już po 25 sekundach. Po upływie 1 minuty można było bez żadnych trudności mierzyć ciśnienie tonometrem. Czas trwania znieczulenia, badany dotykaniem szklaną pałeczką, wynosił 15 — 20 minut. Jedynie 4 osoby już po 10 minutach odczuwały dotknięcie pałeczką jako lekkie palenie. Po znieczu-

leniu jedną, najwyżej dwiema kroplami Pantocainy można było bez wszelkiego bólu wyjmować ciała obce z rogówki.

Szerokość źrenic w czasie obserwacji, która trwała zwykle $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny, zmianom nie ulegała. Również i na zdolność akomodacji, badaną próbą Schreinera, Pantocaina żadnego wpływu nie okazywała. Pomiary ciśnienia tonometrem Schiötza, dokonywane w przerwach najwyżej 10 minutowych, ani razu w ciągu całego czasu trwania znieczulenia nie wykazywały żadnego wzmożenia ciśnienia wśródocznego. Zaczerwienienie gałki ocznej występowało jedynie wyjątkowo i znikało w ciągu kilku minut. Przy odpowiedniej ochronie rogówki przed wysychaniem nie spostrzegano zmętnienia nabłonka rogówki.

Jako jedyną, niewielką zresztą, wadę Pantocainy, podawali chorzy dość silne palenie, występujące wkrótce po wkropleniu lekarstwa. Palenie to trwa przeciętnie 10 — 30 sekund, tylko w jednym przypadku trwało ono 1 minutę. Autor dokonał badań porównawczych z 1%-owym roztworem Pantocainy i 2%-owym roztworem kokainy. Kokainę zastosowano w roztworze 2%-owym dlatego, że według *Ernsta* toksyczność kokainy jest w przybliżeniu dwa razy mniejsza, niż Pantocainy, czyli badania dotyczyły roztworów o jednakowej toksyczności. 2%-owy roztwór kokainy po 1 minucie osłabiał w około 50% przypadków wrażenie dotyku, nie wywoływał jednak nigdy całkowitego znieczulenia. Mniej więcej po 6 — 10 min. znieczulenie kokainowe mijało zupełnie. 1%-owy roztwór Pantocainy wywoływał po $\frac{3}{4}$ — 1 min. we wszystkich przypadkach niezawodne całkowite znieczulenie, które wyczerpywało się dopiero po 15 — 20 minutach. $\frac{1}{2}$%-owy roztwór Pantocainy wywołuje palenie trwające około 5 — 15 sekund, które okazuje się jednak zupełnie tak samo silne jak przy roztworze 1%-owym, wkraplanym dla porównania do drugiego oka. Czas znieczulenia wynosi jednak tylko 6 — 11 minut. Z tego względu *Luntz* zaniechał stosowania roztworu $\frac{1}{2}$%-owego i od roku stosuje w klinice i poliklinice dla znieczulania powierzchownego przy wszystkich operacjach wyłącznie 1%-owy roztwór Pantocainy.

Spostrzeżenia autora o skuteczności Pantocainy, jako środka znieczulającego opierają się na 901 dokonanych zabiegach operacyjnych. *Luntz* stosuje Pantocainę również i dla przygotowania do zabiegów wewnątrzgałkowych; kokainę stosuje się obecnie w klinice jedynie w wyjątkowych przypadkach.

Na uwagę zasługuje również okoliczność, że Pantocaina jest odporna na działanie gorąca, tak że można ją z łatwością wyjaławiać. Ze względu na doskonałe działanie i zupełną nieszkodliwość Pantocaina przedstawia, zdaniem autora, pełnowartościowy środek znieczulający. Nie bez znaczenia jest również fakt, że Pantocaina nie podlega ograniczeniom dotyczącym środków odurzających.

Dr. MARTIN MEYER (Berlin-Charlottenburg).

GARDAN. — PRZYCZYNEK DO LECZENIA KOMBINOWANEGO.

(Referat według Deut. Med. Wschr.).

Od czasu badań *Bürgi'ego* nad wzmożeniem działania niektórych środków farmaceutycznych, działających w tym samym kierunku, leczenie kombinowane rozpowszechnia się coraz bardziej. Wynik terapeutyczny odpowiada nie zwykłej sumie działania poszczególnych podanych środków leczniczych, lecz zostaje spotęgowany w znacznym stopniu. Warunkiem niezbędnym dla wzmożenia się wyniku działania leczniczego jest odmienność punktów uchwytu poszczególnych stosowanych leków, pomimo należności ich do tej samej grupy farmakologicznej. To spotęgowanie się siły leczniczej poszczególnych składników, posiadających różne powinowactwa komórkowe tłómaczy się tem, że każda komórka okazuje się w stanie przyjąć w jednostce czasu większą ilość czynnego farmakologicznego związku.

Opierając się na tych badaniach, firma „Bayer-Meister Lucius" wytworzyła preparat pod nazwą Gardan, będący połączeniem dwóch nadzwyczaj czynnych pochodnych pyrazolonu. Gardan przedstawie *związek składający się z Pyramidonu i Novalginy* w stosunku ilościowym odpowiadającym ich wadze cząsteczkowej. Z zestawienia składników wynika również i sposób działania: Gardan jest środkiem przeciwgorączkowym, przeciwbólowym i przeciwgośćcowym.

Przeciwgorączkowe działanie Gardanu przejawia się w sposób niezawodny zwłaszcza przy leczeniu gruźlicy. Gardan ma nad innemi lekami tę przewagę, że obniża szybko ciepłotę, nie powodując przytem tak dokuczliwego zwykle pocenia się. Ważnem jest, aby podawać połowę lub całą tabletkę na 3 kwadranse przed spodziewanem podniesieniem się ciepłoty. Również i przy chorobach z przeziębienia, przebiegających z wysoką gorączką, a tak częstych podczas ostatniej zimy 1929 — 1930 r. wskutek niezwykłego przebiegu pogody, Gardan szybko i niezawodnie przerywał gorączkę i skracał znacznie czas trwania choroby. Niezbędnem jest zastosować lek możliwie wcześnie, już przy wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych i to w możliwie dużych dawkach — 3 razy dziennie po 1½ — 2 tabletek.

Następnie zasługuje na uwagę wybitne działanie przeciwbólowe Gardanu. Zwłaszcza podczas epidemji grypy, która panowała tak nagminnie w ciągu ostatniej wilgotnej i ciepłej zimy i cechowała się powikłaniami o typie nerwobólów, czasami bardzo silnych, Gardan okazał się środkiem znakomitym. Na pierwszy plan podmiotowy objawów klinicznych wysuwały się wówczas nadzwyczaj bolesne dolegliwości neuralgiczne, tak że chorzy byli bardzo zadowoleni z szybkiego złagodzenia lub zupełnego uśmierzenia bólów pod wpływem podanego im Gardanu. Ustąpienie uczucia ciężaru w głowie i bólu głowy, stwierdzane zwykle po zastosowaniu Pyramidonu, ujawnia się pod wpływem Gardanu w stopniu jeszcze znaczniejszym. Przy powikłaniach opłucnowych, zarówno przy suchem jak i wysiękowem zapaleniu opłucnej Gardan zawsza uśmierzał bóle bardzo szybko. Podobnie pomyślne wyniki stosowania Gardanu stwierdzono również i w innych chorobach przebiegających z częstemi napadami bólowemi, jak np. w rwie kulszowej, bólach mięśniowych i parestezjach czynnościowych. Ze spostrzeżeń powyższych wynika, że Gardan, jako środek przeciwbólowy, zasługuję na szczególną uwagę i że należy go zawsze podawać w tych wszystkich przypadkach, w których objaw bólu występuje na pierwszy plan. Stosowanie Gardanu pozwala nam znacznie ograniczyć podawanie alkaloidów.

Jako środek reumatyczny Gardan nawet w małych dawkach uśmierza bóle i zmniejsza obrzęk stawów w ostrych i przewlekłych zapaleniach stawów. Najlepiej stosować go w tych warunkach w połączeniu z proteinoterapją. Działanie przeciwgośćcowe Gardanu nie zawodziło również i przy leczeniu dny i bólów w krzyżu (Lumbago).

Zalety Gardanu są więc następujące: możliwie największe działanie przy bardzo małych dawkach, bezwzględna nieszkodliwość, doskonała tolerancja bez jakichkolwiek objawów działania ubocznego, a zwłaszcza możliwość znacznego ograniczenia stosowania alkaloidów.

Dr. ALFRED SALEK (Zagrzeb).

W SPRAWIE LECZENIA SZKODLIWYCH SKUTKÓW NADUŻYWANIA SPORTÓW.

(Referat według Therapeutische Berichte 1932, Nr. 5).

Trening, połączony ze zbyt wielkim i gwałtownym wysiłkiem fizycznym, doprowadza nierzadko do stanów znacznego wyczerpania ogólnego. Objawy psychiczne nadmiernego treningu polegają na złem usposobieniu, osłabieniu siły woli aż do apatji, braku wiary we własne siły, łatwej pobudliwości, niepokoju, podejrzliwym stosunku do otoczenia. Z tego względu obecnie panu-

jący pogląd lekarski ujmuje skutki nadmiernego treningu jako objawy swoistej psychozy (*Dr. Sippel*, docent Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego w Berlinie). Wyczerpanie wywołane nadużywaniem sportów cechują oprócz objawów psychicznych również i określone objawy fizyczne, z których przedewszystkiem należy wymienić gwałtowny i znaczny spadek wagi ciała. Przy treningu prawidłowym waga ciała początkowo powoli się obniża wskutek wzmożonej pracy mięśniowej, utraty zapasów tłuszczu i zwiększonego wydzielania potu; trwa to zwykle kilka tygodni aż do osiągnięcia t. zw. wagi treningowej. Waga ta utrzymuje się następnie przez cały czas trwania treningu na jednakowym poziomie. Szybki i znaczny spadek wagi dowodzi, że trening odbywa się zbyt gwałtownie i w sposób dla danej osoby nieodpowiedni. Dr. *Kohlrausch* wykazał, że ten szybki spadek wagi zostaje po zupełnem zaprzestaniu treningu wyrównany bardzo powoli w odróżnieniu od szybkiego wyrównania przy treningu prawidłowym.

Z pośród innych objawów wyczerpania fizycznego zasługują na wymienienie: zmniejszenie pojemności życiowej płuc (*Worringen)* oraz zmiany w moczu, polegające na zwiększeniu się zawartości indykanu oraz zwiększeniu wydzielania związków azotowych (*Willner i Scheuh*).

Przy leczeniu skutków nadmiernego treningu wchodzą przedewszystkiem w rachubę: spokój, przerwanie treningu, masaże, leczenie kąpielami i zmiana rodzaju wykonywanych ćwiczeń. Następnie należy zmienić dietę i dostarczać pożywienia o dużej wartości kalorycznej (masło, cukier, białko w łatwo strawnej postaci) (*Kohlrausch*).

W razie potrzeby zastosowania leczenia farmakologicznego, które nie cieszy się zresztą wśród sportowców uznaniem, wskazane są nieorganiczne fosforany lub organicznie związana Candiolina (sól wapniowa kwasu heksozodwufosforowego).

Osobiście miałem wielokrotnie sposobność przekonania się o znakomitem, wywołującem stan euforji, działaniu Optarsonu. Z całą świadomością mówię tu o wpływie tego leku na euforję, gdyż działanie Optarsonu na stan psychiczny przygnębionych i wyczerpanych sportowców było wyjątkowo jaskrawe. Spostrzeżenia moje o doskonałych wynikach leczenia przemęczonych i niezdolnych do żadnego wysiłku sportowców Optarsonem są zgodne z analogicznemi spostrzeżeniami *Winterfelda, Krekelera* i innych. Optarson jest to połączenie strychniny i arsenu.

Podskórne wstrzykiwania Optarsonu są zupełnie niebolesne i nie powodują żadnych objawów podrażnienia. Pacjenci moi, przeważnie młodzi ludzie, zgodnie zwracali uwagę na dodatni wpływ Optarsonu na ich złe samopoczucie i na wszelkie dolegliwości związane ze stanem depresji. Wstrzykiwań dokonywałem co 2 — 3 dni prawie wyłącznie w ramię, rzadziej w plecy.

Na podstawie moich spostrzeżeń dochodzę do wniosku, że w stanach wyczerpania u sportowców stosowanie Optarsonu jest bezwzględnie wskazane i że leczenie to w znakomitej większości przypadków bywa uwieńczone całkowitem powodzeniem.

Prof. dr. FREY, Tow. Lek. Düsseldorf.

KALLIKREINA (= PADUTINA).

(Posiedzenie z dn. 9.VI 1931. Klin. Wschr. 1931, Nr. 38).

W przypadkach nadciśnienia samoistnego Padutina stale obniża ciśnienie krwi i to nierzadko na bardzo długi czas. Przy nadciśnieniu natomiast na tle nerkowem stosowanie Padutiny nie jest wskazane. Dusznica bolesna reaguje na Padutinę w sposób różnorodny. Wyniki bardzo pomyślne i przypadki zupełnego nieoddziaływania stają się zrozumiałe, jeżeli uwzględnić różnorodne pochodzenie zespołu objawów, określanego jako dusznica bolesna. Stosowanie Padutiny jest szczególnie wskazane zwłaszcza w chorobach polegających na niedostatecznem zaopatrywaniu w krew określonych odcinków ciała, jak claudicatio intermittens, thromboangiitis obliterans, początki miażdżycy i choroba Raynauda. W przypadkach daleko posuniętej zgorzeli miażdżycowej, istniejące zwykle zapalenie wtórne utrudnia skuteczne przeprowadzenie leczenia zachowawczego zapomocą Padutiny. Padutina wpływa przeważnie pomyślnie na trudno gojące się owrzodzenia. Również i przypadki skórnych zmian porentgenowskich i po zatruciu sporyszem reagowały pomyślnie na wstrzykiwania Padutiny.

W przypadkach cukrzycy również i doustne podawanie Padutiny obniża stale i wyraźnie poziom cukru we krwi. W doświadczeniach na psach, którym usunięto trzustkę, Padutina zmniejszała w znacznym stopniu zawartość cukru we krwi. Po pewnym jednak czasie działanie Padutiny wyczerpało się. Dopiero naprzemienne stosowanie insuliny umożliwiło znowu oddziaływanie Padutiny na cukier we krwi. W spostrzeżeniach na ludziach (30 pacjentów) Padutina stale i niezawodnie obniżała poziom cukru we krwi. Czy i w jakim stopniu Padutina może wchodzić w rachubę dla leczenia cukrzycy, mogą rozstrzygnąć dopiero dalsze spostrzeżenia kliniczne.

Dr. R. F. WEISS, Zakład dietetyczny Kaiserhof, Bad Harzburg.

LACARNOL.

(Hormony sercowe i wyciągi mięśniowe).

(Referat według Med. Welt 1931, Nr. 31).

Autor ogłasza sprawozdanie z wyników półtorarocznego stosowania Lacarnolu u 42 pacjentów. Lacarnol podawano prawie wyłącznie doustnie, w ciężkich przypadkach podskórnie, a w stanach bardzo ciężkich również i dożylnie. (Najlepiej podawać Lacarnol rano naczczo i wieczorem krótko przed snem, czyli zawsze na pusty żołądek). Tolerancja Lacarnolu była u wszystkich chorych bardzo dobra. Ani razu nie spostrzegano żadnych, najmniejszych nawet przykrych objawów działania ubocznego. Również i większe dawki chorzy znosili doskonale. Ta zupełna nieszkodliwość Lacarnolu przedstawia wielką zaletę preparatu, gdyż można go oddać do rąk chorego bez żadnej obawy nadużycia lub przedawkowania. Podskórne wstrzykiwania Lacarnolu są zupełnie niebolesne i nie wywołują nacieczeń. Spostrzeżenia autora dotyczą głównie chorych dotkniętych dusznicą bolesną. Pacjenci z Angina pectoris vera i wyraźnemi zmianami reagowali stosunkowo najlepiej, najgorzej zaś pacjenci bez zmian organicznych lub ze zmianami jedynie niewielkiemi, a z dolegliwościami głównie nerwicowemi. Lacarnol przezwycięża skłonność do skurczów naczyniowych, dzięki czemu poprawia odżywianie mięśnia sercowego. Poza tem Lacarnol okazuje ogólny wpływ tonizujący. Działanie Lacarnolu w przypadkach dusznicy bolesnej jest o wiele lepsze niż innych dotychczas zwykle stosowanych leków, jak teobromina, nitrogliceryna, azotan czteroerytrolowy i td. Zareagowanie na Lacarnol jest, oczywiście, zasadniczym warunkiem poprawy. Ocena reakcji jest możliwa już w ciągu kilku dni kuracji. Jeżeli podawanie Lacarnolu w ciągu 1 — 2 tygodni nie daje oczekiwanego wyniku, to przypadek należy uważać za odporny i dalsza kuracja jest już bezcelowa. Jeżeli natomiast osiąga się poprawę, wówczas podaje się Lacarnol w ciągu tygodni, lub nawet miesięcy (w lżejszych przypadkach 2 razy dziennie po 10, w cięższych 2 razy dziennie po 20 i jedynie wyjątkowo 3 razy dziennie po 20 kropel). Jeżeli stwierdza się wyraźną poprawę, wówczas dawkę zmniejsza się powoli, tak że wreszcie podaje się tylko raz dziennie rano 5 — 10 kropel Lacarnolu. Najdłuższa obserwacja autora trwała 18 miesięcy. Działanie leku stale pozostawało dobre. Dawek nie trzeba było zwiększać. U większości chorych dobroczynne działanie leku po odstawieniu Lacarnolu wyczerpywało się szybko, tak że jedynie u nielicznych poprawa utrzymywała się nadal, pomimo przerwania kuracji. Działanie Lacarnolu nie zależy naogół od wielkości stosowanej dawki. Dla osiągnięcia pożądanego wyniku wystarczają przeważnie dawki stosunkowo małe. Zwiększenie dawki nie wzmacnia siły działania. Wydaje się prawdopodobnem, że Lacarnol przejawia swe działanie lecznicze w tych przypadkach, w których mamy do

czynienia ze zmniejszeniem wytwarzania hormonów krążenia wskutek uszkodzenia narządów, co sprzyja powstawaniu stanów angiospastycznych. Lacarnol nie działa ogólnie rozszerzająco na naczynia i na czysto czynnościowe skurcze naczyniowe wpływu wobec tego nie okazuje. Również i przy dłuższem podawaniu siła działania Lacarnolu nie słabnie. Jeżeli jednak Lacarnol zaczyna zawodzić, to sprawa polega na pogorszeniu się choroby zasadniczej, najczęściej na wystąpieniu wyraźnego niewyrównania krążenia, przed którem również i Lacarnol nie jest w stanie uchronić pacjenta.

Prof. dr. SIGAUD (Grenoble) i dr. TERRAY (Aix - les Bains).

NOWA CHOROBA ZAWODOWA.

Przypadek urazowego zapalenia stawu dłoniowego, wywołanego długoletnią pracą przy perforatorze pneumatycznym.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques 1932, Nr. 7—8).

Autorzy opisują na początku swego artykułu budowę perforatora pneumatycznego, nowoczesnego przyrządu do rozbijania i kruszenia twardych materjałów, a następnie zadają sobie pytanie, czy ustrój człowieka, a zwłaszcza jego stawy, są w stanie wytrzymać przez dłuższy czas drgania tego przyrządu bez większej szkody.

W znakomitem doniesieniu, przedstawionem Francuskiej Lidze do Walki z Reumatyzmem, doc. dr. *Moulonguet-Doleris* opisuje szczegółowo duże zmiany zniekształcające stawu łokciowego, występujące u robotników, pracujących przy perforatorach pneumatycznych.

Przypadków urazowego zapalenia stawu dłoniowego, w związku z pracą przy omawianych perforatorach, dotychczas, o ile nam wiadomo, jeszcze nie opisano. Przypadek taki spostrzegliśmy niedawno i uważamy, że zasługuje on, jako typ nowej, nieznanej dotychczas choroby zawodowej, na szczegółowy opis:

Luigi F., Włoch z pochodzenia, lat 34, robotnik w kopalni węgla, pracuje od 6 lat przy perforatorze pneumatycznym. Przybył on 2.XII.1931 do Szpitala w Grenoble z rozpoznaniem ostrego gośćca stawowego. Dziedzicznie nie obciążony. Wywiady osobiste bez znaczenia. Pacjent był zawsze zdrowy, silny i zdolny do pracy. Naogół nigdy nie chorował; kiły ani rzeżączki nie przechodził.

Choroba obecna rozpoczęła się w pierwszych dniach listopada 1931. Początek był stopniowy: lewa dłoń męczyła się przy pracy szybciej, niż poprzednio, następnie zrobiła się różowa, staw był coraz boleśniejszy, wreszcie pojawiło się obrzmienie, które uniemożliwiło wszelką pracę. Wówczas dopiero chory poradził się lekarza, który skierował go do szpitala z rozpoznaniem ostrego reumatyzmu.

W chwili przybycia stwierdza się: lewy staw dłoniowy zaczerwieniony i obrzmiały, bez oznak zapalenia naczyń chłonnych; wszelkie próby uruchomienia wywołują silny ból.

Poza tem stan ogólny jest doskonały: chory nie gorączkuje, jest w dobrem usposobieniu i chętnie rozmawia z otoczeniem.

Płuca i serce — bez żadnych zmian chorobowych. Ciśnienie krwi 120 — 70 mm Hg. Mocz żadnych odchyleń od normy nie wykazuje.

Leczenie chorego polegało na stosowaniu dużych dawek salicylu, które jednak żadnego wpływu na przebieg choroby nie okazały. Po kilku dniach pobytu chorego w szpitalu, jeden z autorów miał sposobność dokładnego zbadania pacjenta i wypowiedział przypuszczenie, że ma się tu do czynienia z urazowem zapaleniem stawu.

Rzeżączkowe zapalenie stawu można było wykluczyć. Pacjent nie chorował ostatnio na ostrą rzeżączkę, nie mogło więc być mowy o gonokokowem zakażeniu krwi z umiejscowieniem w stawach. Nie było również żadnych oznak rzeżączki przewlekłej, żadnego ukrytego ogniska chorobowego, a poza tem wygląd obrzmienia stawu dłoniowego nie odpowiadał żadnej postaci przewlekłego gonokokowego zapalenia stawu.

Również i gruźlicze pochodzenie choroby nie wchodziło tu w rachubę, gdyż u chorego nie stwierdzało się żadnych klinicznych oznak gruźlicy. Szczegółowe badanie płuc żadnych zmian chorobowych nie wykazało.

Zdjęcie rentgenowskie nie wykazało w kościach dłoni wyraźniejszych oznak odwapnienia, ani też zatarcia rysunku tkanek okołostawowych.

Nie był to również przypadek zapalenia stawu wskutek zakażenia zewnętrznego, chory bowiem nie miał na palcach ani śladu po jakimkolwiek przebytym ropniu, któryby mógł się komunikować z jamami stawowemi dłoni.

12.XII.31 chorego przepisano na oddział chirurgiczny prof. *Sigaud;* chorą kończynę zagipsowano, unieruchomiając zupełnie stawy dłoni z palcami w ułożeniu wyprostnem.

1.II.32, po 52 dniach trwania unieruchomienia w gipsie, chory czuje się o wiele lepiej: bóle i obrzęk ustąpiły zupełnie; pierwszy gips zdjęto i nałożono drugi, który pozostawiał palce wolnemi.

2.II.32 chory wypisał się ze szpitala wyleczony.

Wnioski.

Opisaliśmy tu przypadek zapalenia stawu wyleczony stosunkowo szybko samem unieruchomieniem.

Wobec tego, że sprawa chorobowa nie była wywołana żadnym czynnikiem zakaźnym, ani toksycznym, jesteśmy zdania, że mieliśmy tu do czynienia z zapaleniem stawu dłoniowego wskutek długotrwałej pracy przy perforatorze pneumatycznym. Przypadek ten należy do grupy zawodowych schorzeń stawowych.

Umiejscowienie w lewym stawie dłoniowym tłumaczy się okolicznością, że podczas pracy lewa ręka robotnika ani na chwilę nie opuszcza przyrządu. Ręką prawą robotnik przy perforatorze może wykonywać różne inne czynności, a zwłaszcza górnik kładzie ją często na okolicy lędźwiowej, jakby dla podparcia i wytworzenia mocniejszej podpory dla przyrządu, którym kieruje ręką lewą.

Należy się obawiać, że coraz częstsze obecnie stosowanie perforatorów pneumatycznych będzie wytwarzało u pracujących przy nich robotników zmiany chorobowe stawów, podobne do tych, które mieliśmy możność spostrzegać u naszego górnika. Celem niniejszego artykułu jest właśnie zwrócenie uwagi ogółu lekarzy na tę nową postać choroby zawodowej.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Operacje na diabetykach od czasu wprowadzenia Insuliny.

Pogląd, że przy zabiegach chirurgicznych u chorych cukrzycowych, leczonych nowoczesnemi metodami, rokowanie jest prawie tak samo pomyślne jak i u osób z prawidłową przemianą materji, okazał się niesłuszny. Pomimo że stosowanie insuliny zmniejsza niebezpieczeństwo kwasicy, to jednak zabieg chirurgiczny przedstawia nawet dla lekko chorego diabetyka pewne niebezpieczeństwo. Dla przygotowania do operacji wskazanem jest podawanie pożywienia obfitującego w węglowodany, przyczem jednocześnie należy, oczywiście, stosować duże dawki insuliny. Dieta zbliżona jest więc do sposobu odżywiania, który się stosuje dla zapobiegania śpiączki cukrzycowej i składa się z dań jarzynowo-owocowych lub też owsiankowo-owocowych. W dniu zabiegu wstrzykuje się przed operacją dużą dawkę insuliny, gdyż uśpienie zwiększa zawartość cukru we krwi. Objawów hipoglikemji podczas operacji nigdy nie spostrzegano. Po operacji podaje się doustnie soki owocowe lub cukier gronowy per rectum. Jeśli zachodzi potrzeba natychmiastowego dokonania operacji a brak czasu na przygotowanie, wówczas wskazanem byłoby zastrzyknąć dożylnie lewulozę jednocześnie z insuliną. W razie potrzeby należy co godzinę lub jeszcze częściej określać poziom cukru we krwi. Chloroform jako środek usypiający uważa się naogół za niewskazany. W Ameryce uważa się znieczulenie lędźwiowe za najodpowiedniejszy sposób wykonywania operacji u diabetyków. Autorzy stosowali również wstrzykiwania bromowanej soli kwasu barbiturowego oraz eter. Badania zawartości cukru we krwi wykazały, że przy tym sposobie uśpienia glikemja może się podnieść do 500 mg %. Dla znieczulenia miejscowego wchodzi w rachubę Novocaina bez dodatku Suprareniny, ew. z uprzedniem dożylnem wstrzyknięciem kwasu barbiturowego dla zmniejszenia wstrząsu psychicznego.

Dr. L. R. Grote z Klin. *prof. Noordena*
i *M. Flesch-Thebesius*
z Oddz. chirurg. Szpit. Sachsenhausen w Frankfurcie n. M.
(Zbl. f. Chir. 1930, Nr. 49).

Leczenie cukrzycy Siononem.

Paolazzi stwierdza, że w przypadkach lekkiej i średniociężkiej cukrzycy podawanie Siononu w dawce dobowej 30 — 50 g zmniejsza stopniowo cukromocz i doprowadza go w pomyślnych przypadkach prawie do zupełnego ustąpienia. Sionon przyczynia się również i do zahamowania skłonności do spadku wagi. Na szczególną uwagę zasługuje okoliczność, że dawka dobowa 50 g Siononu nie zwiększa zawartości cukru we krwi.

Dr. L. Paolazzi.
(Minerva Medica 1931).

O leczeniu następczem porażenia postępującego po leczeniu zimnicą.

Czy po kuracji porażenia postępującego zapomocą malarji należy przeprowadzić leczenie Neosalvarsanem? Na pytanie to znaczna większość autorów odpowiada obecnie twierdząco, gdyż leczenie następcze Salvarsanem zwiększa zarówno ilość przypadków klinicznej remisji jak i przedłuża czas trwania tych remisyj. Wydaje się, że

bezpośrednio po leczeniu chorzy znoszą dobrze większe dawki Salvarsanu oraz że reagują na Salvarsan w sposób szczególnie pomyślny. Z pośród 174 paralityków, którym wstrzyknięto ogółem 3 g Salvarsanu lub mniej, całkowitą kliniczną remisję stwierdzono u 59 (=34%); z pośród zaś 79 paralityków, którzy otrzymali po leczeniu malarją 5 g Salvarsanu, taki sam pomyślny wynik stwierdzono u 40 (około 50%). W sposób podobnie pomyślny jak na stan kliniczny wpływa energiczne następcze leczenie Salvarsanem również i na zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego. Pierwsze wstrzyknięcie Salvarsanu należy wykonać bezpośrednio po przerwaniu napadów gorączkowych zapomocą chininy, następnie wstrzykuje się co 3 dni, przyczem dawki zwiększa się stopniowo od 0,3 — 0,45 — 0,6 g — aż osiągnie się w 10 wstrzyknięciach ogólną dawkę 5,55 g Salvarsanu. Jeżeli odczyn Wessermanna jeszcze w 3-cim lub 4-ym roku jest nadal dodatni, wówczas można jeszcze osiągnąć powodzenie zapomocą ambulatoryjnego leczenia szczepionką durową i Neosalvarsanem. Również i leczenie wyłącznie Neosalvarsanem w kilka lat po kuracji malarją daje czasami bardzo dobre wyniki.

Dr. O. Kauders.
Klinika psychjatryczna i neurologiczna Uniw. w Wiedniu.
(Wien. Klin. Wschr. 1931, Nr. 38).

O stosowaniu narkozy avertinowej w ginekologji.

Autor stosował Avertinę jako środek usypiający u 36 pacjentek w wieku od 11 do 82 lat. W 16 przypadkach narkoza wyłącznie avertinowa okazała się dostateczną, w pozostałych trzeba było dodać nieco N_2O lub eteru, albo też zastosować dodatkowo znieczulenie miejscowe. Przed zabiegami położniczemi autor przy rozpoczęciu bólów wstrzykuje dopośladkowo 2 cm^3 $MgSO_4$ (50%) + Novocain + Morphium, a po zupełnem rozwarciu się szyjki podaje per rectum 0,06 — 0,075 g Avertiny na kg wagi. W ten sposób osiąga się zupełną analgezję i amnezję, bez żadnego niepożądanego wpływu na natężenie i trwanie bólów. W uśpieniu Avertiną autor dokonywał z powodzeniem zabiegów ginekologicznych, amputacji nóg, operacji na pęcherzyku żółciowym, thyreoidectomji, nephrectomji i td. Również w narkozie avertinowej dokonano laparotomji dla usunięcia torbieli jajnika u pewnej 82-letniej staruszki.

Największa dawka wynosiła 0,116 g na kg, przeciętnie dawano ogółem około 5 cm^3 Avertiny w płynie. W dwóch przypadkach stwierdzono stosunkowo znaczny spadek ciśnienia krwi i raz wystąpiła sinica, która jednak ustąpiła natychmiast po wypuszczeniu lawatywy. Autor uważa wprowadzenie do lecznictwa Avertiny za znaczny postęp, gdyż przy odpowiednim wyborze pacjentów i ostrożnem postępowaniu, jest ona wprost dobrodziejstwem dla chorych.

Dr. Grant Preston, Harrisonburg.
(Virginia Med. Montly 1930, Nr. 940).

O leczeniu stanów gwałtownego pobudzenia zapomocą Avertiny.

Avertina nadaje się doskonale dla leczenia stanów gwałtownego pobudzenia (delirium). Autorzy stosowali Avertinę między innemi w 6 przypadkach ostrego obłędu opilczego oraz w przypadkach delirium na tle padaczki. Rokowanie wydawało się

bardzo poważnem, Avertina jednak szybko sprowadziła uspokojenie. Chorzy budzili się w stanie euforji. Objawy działania ubocznego stwierdzono tylko w jednym przypadku: lekkie objawy nerkowe, które już po jednym dniu ustąpiły bez śladu.

Dr. C. Richet i *dr. F. Joly.*
(Paris méd. 1931).

Czy przyszłość należy do narkozy avertinowej?

Autorzy zdają sprawę z wyników dokonania 3000 zabiegów chirurgicznych w uśpieniu Avertiną i zwracają szczególną uwagę zwłaszcza na doskonałą tolerancję Avertiny u starych ludzi. Autorzy są zdania, że choroby wątroby i nerek nie stanowią przeciwwskazań do stosowania Avertiny. Dawkowania nie należy oddawać w ręce personelu pomocniczego. Schematyczna tablica dawkowania stanowczo nie jest wystarczająca; nie wolno obliczać dawki Avertiny wyłącznie na podstawie wagi ciała. Przy właściwem indywidualnem dawkowaniu Avertiny nie grozi ona żadnem niebezpieczeństwem i przedstawia zarówno dla chorego jak i dla lekarza najprzyjemniejszy sposób usypiania. Avertinę można bez żadnych trudności stosować również i w małych szpitalach lub też w praktyce prywatnej. Na podstawie zarówno swego dużego doświadczenia jak i danych z piśmiennictwa autorzy uważają, że przyszłość narkozy należy do Avertiny. Z chwilą wynalezienia lepszego sposobu usypiania, nie powinno się uporczywie trzymać starych gorszych sposobów, lecz iść naprzód z postępem czasu.

Prof. dr. Els i *dr. Jaeger.*
Szpital Marjański w Bonn.
(Z. f. ärztl. Fortb. 1932, Nr. 6).

W sprawie stosowania preparatów przysadki przez akuszerki.

W tomie III (zeszyt 1, styczeń 1932) „Zbioru przypadków zatruć“ A. *Probstner* z Kliniki położniczej w Debreczynie opisał pod tytułem „Przypadki śmierci po zastosowaniu wyciągów przysadkowych“ 5 przypadków śmiertelnych pęknięć macicy po wstrzyknięciu wyciągów przysadki w końcowym okresie porodu. W dwóch przypadkach śmierć nastąpiła po wstrzyknięciu dożylnem, w jednym po domięśniowem i w dwóch po powtórnem, prawdopodobnie, wstrzyknięciu podskórnem.

Niebezpieczeństwo wstrzykiwania preparatów przysadkowych pod koniec porodu powinno być powszechnie znane. Stanowczo nie wolno upoważniać akuszerek do samodzielnego dokonywania wstrzykiwań preparatów przysadkowych. Leczenie wyciągami przysadki podczas porodu należy wyłącznie do lekarza, który powinien dokładnie śledzić wynik wstrzyknięcia. Zwłaszcza wstrzykiwania dożylne są szczególnie niebezpieczne.

Prof. dr. Straub, Monachjum.
(Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 4).

O wykrywaniu krwi w kale.

Thevenon i *Rolland* podali następującą próbę dla wykrywania obecności krwi w kale zapomocą Pyramidonu:

Niezbędne odczynniki:

1. Pyramidoni 2,5, Spir. vini (90%) 50,0.
2. 50%-owy kwas octowy (=Acid. acet. glaciale 10,0, Aq. dest — ad 20,0).
3. 3%-owy roztwór H_2O_2.

Wykonanie: kawałek kału, wielkości soczewicy, rozciera się z 3—4 cm^3 wody przekroplonej. Po odlaniu płynu z nad osadu dodaje się do płynu około 8 kropel 50%-owego kwasu octowego. Następnie dolewa się jednakową ilość roztworu Pyramidonu i 6—8 kropel H_2O_2. Dodatni odczyn, dowodzący obecności krwi, polega na wystąpieniu przy wstrząsaniu próbówki fioletowego zabarwienia; zabarwienie to występuje czasami dopiero po kilku minutach.

Prof. dr. H. Strauss, Berlin.
(Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1931, Nr. 14).

W sprawie leczenia ran maścią anaesthesinową.

Chora lat 70. Na podudziu zastarzałe owrzodzenie na tle żylaków. Pacjentka skarży się na bardzo silną bolesność rany.

Wszelkie dotychczas stosowane maści nie były w stanie złagodzić cierpień chorej. W zamiarze uśmierzenia dokuczliwych bólów, które pozbawiały chorą spokoju zarówno w dzień jak i w nocy, zapisałem 10%-ową maść z Anaesthesiny. Ograniczyłem się narazie do postępowania czysto objawowego, gdyż na żaden inny, bardziej radykalny zabieg leczniczy pacjentka się nie zgadzała. Jakież było moje zdziwienie i jak wielką była radość pacjentki, gdy po dwutygodniowem leczeniu maścią anaesthesinową owrzodzenie zagoiło się zupełnie. Na podstawie tego spostrzeżenia wydaje się możliwem, że Anaesthesina działa nietylko znieczulająco, lecz że okazuje również pewien wpływ na sam proces gojenia się ran.

Dr. A. Zarcina, Zidikai, Litwa.

O działaniu kofeiny na kiszki.

Dla wyjaśnienia pytania, czy produkty palenia kawy okazują wpływ na kiszki, autor badał działanie pochodnych purynowych, kawy ziarnistej i kawy bez kofeiny na perystaltykę izolowanego jelita cienkiego morskiej świnki. Okazało się przytem, że kofeina, teobromina i teofilina mogą znowu pobudzić perystaltykę, nieczynną już wskutek zmęczenia lub porażenia. Kawa ziarnista i kawa bez kofeiny (Hag) wyraźnie wzmagały napięcie, wpływ jednak na perystaltykę wywierała tylko kawa ziarnista. Lekka fala perystaltyczna, występująca po dużych dawkach kawy Hag, zależała, prawdopodobnie, od niewielkich pozostałości kofeiny. Wzmożenie napięcia zależy więc od produktów powstających podczas palenia kawy, wpływ zaś na perystaltykę od pochodnych purynowych. U człowieka objawy uboczne działania kawy ziarnistej zależą głównie od obecności kofeiny. Również i ośrodkowe działanie pobudzające kofeiny może do pewnego stopnia współdziałać z jej działaniem obwodowem.

Dr. W. Komant,

Zakład Farm. w Tubindze.
(Arch. exp. Path. u. Pharm. 1932, tom 163).

Przyczynek do leczenia świądu sromu.

Harada leczy miejscowo świąd sromu (Pruritus vulvae) zapomocą 10—20%-owych roztworów Jothionu i osiąga doskonałe wyniki. Pewna kobieta, która już od wielu lat bezskutecznie leczyła się wszelkiemi możliwemi sposobami, wyleczyła się zupełnie dzięki zastosowaniu Jothionu z oliwą. Również i druga pacjentka, u której ze względu na uporczywość sprawy chorobowej zastanawiano się już nad dokonaniem zabiegu operacyjnego, wyleczyła się po kuracji jothionowej.

Dr. T. Harada.

(Chiryo oyobi Shoho, tom 11, Nr. 126).

O leczeniu duru brzusznego.

Autor omawia w swym artykule leczenie duru brzusznego, przyczem opiera się na obserwacji przeszło 1000 przypadków. Obniżenie gorączki ułatwia według *Friedemanna* w znacznym stopniu przezwyciężenie zakażenia. Dla osiągnięcia stałego i równomiernego obniżenia ciepłoty wystarcza w łekkich przypadkach podawanie co godzinę lub najwyżej co dwie godziny bardzo małych dawek Pyramidonu (0,02 — 0,04), w przypadkach zaś cięższych należy podawać co godzinę 0,06 — 0,1 g. Bezwarunkowo potrzebne jest nieprzerwane podawanie Pyramidonu. Jedynie niewielki odsetek nie reaguje na powyższy sposób leczenia, u znakomitej zaś większości udaje się stopniowo obniżyć gorączkę do stanów podgorączkowych, a w przypadkach lżejszych nawet do stanu bezgorączkowego. Przy nieprzerywanem stosowaniu Pyramidonu spadek ciepłoty okazuje się stały. *Friedemann* leczył w ten sposób wiele setek chorych. Czas trwania choroby nie ulegał, coprawda, skróceniu, przebieg jednak był o wiele łagodniejszy i mniej przykry niż u chorych, którzy Pyramidonu nie otrzymywali. Na podstawie swego bardzo dużego doświadczenia autor dochodzi do wniosku, że w każdym przypadku duru brzusznego należy stosować objawowe leczenie Pyramidonem, które sprawia chorym znaczną ulgę.

Dr. M. Friedemann,

Szpital im. Virchowa w Berlinie.
(Med. Welt, 1932, Nr 1).

Przypadek pyelografji u dziecka zapomocą podskórnego wlewania Abrodilu.

Autor usiłował uwidocznić drogi moczowe 14-miesięcznego dziecka zapomocą podskórnego wstrzyknięcia Abrodilu. Pierwszy zaproponował takie postępowanie *Butzengeiger*.

Dziecko przywieziono do szpitala z objawami niedrożności kiszek i wysoką gorączką (39,3°). Na podstawie dokładnego badania klinicznego rozpoznano prawdopodobny nowotwór złośliwy (sarkomat) nerki. To było wskazaniem do wykonania pyelografji abrodilowej. Wobec tego, że żyły nie nadawały się do wstrzyknięcia dożylnego, wstrzyknięto podskórnie po obu stronach klatki piersiowej 100 cm³ 4%-owego izotonicznego, jałowego roztworu Abrodilu. Żadnego środka znieczulającego nie zastosowano. Nacieczenie wchłonęło się po 15 minutach.

Po upływie 30 minut dokonano zdjęcia rentgenowskiego, na którem doskonale uwidoczniła się prawa nerka, prawy moczowód i pęcherz moczowy. Lewa strona pozostała na zdjęciu niewidoczna, co potwierdziło do pewnego stopnia przypuszczalne rozpoznanie guza nerki. Dziecko zniosło podskórne wstrzyknięcie Abrodilu bardzo dobrze. W miejscu wstrzyknięcia nie było najmniejszych nawet oznak podrażnienia. Po 3-ch dniach usunięto w uśpieniu Avertiną guz nerki, który okazał się sarkomatem. Niestety, dziecko zmarło na trzeci dzień po operacji wśród objawów bezmoczu. Na sekcji stwierdzono w miejscu wstrzyknięcia Abrodilu tkankę zupełnie normalną.

Dr. H. Hillebrand,
Szpital Miejski w Akwizgranie.
(Zentralblatt für Chirurgie 1932, Nr. 17).

Wpływ wyciągów sercowych i mięśniowych na stan krążenia.

Chorzy znoszą również i dożylne wstrzykiwania Lacarnolu bardzo dobrze; odczuwają przytem jedynie lekkie i krótkotrwałe wrażenie gorąca. U osobników zdrowych częstość tętna zwiększa się po dożylnem wstrzyknięciu o 5—7 uderzeń na minutę. Elektrokardjogram, poza zwiększeniem częstości zatokowej, żadnych zmian nie wykazuje. W przypadkach wad serca w stanie daleko posuniętego niewyrównania Lacarnol pozostaje zupełnie bez wpływu. Przy średniociężkiem niewyrównaniu Lacarnol również okazuje się niewystarczający; wydaje się jednak, że w połączeniu z naparstnicą wzmacnia jej działanie. Częstoskurcze zatokowe i skurcze dodatkowe nie reagowały na Lacarnol. Jedynie w 2 przypadkach zaburzeń przewodnictwa (bradykardja zatokowa z zapaleniem wsierdzia i mięśnia sercowego oraz zaburzenia przewodnictwa na podłożu kiłowem) udało się przyspieszyć częstość tętna. W jednym przypadku czas przewodnictwa — jak to wynika z krzywych elektrokardjograficznych — poprawił się z 0,26 — 0,28 sek. na 0,23 — 0,24 sek. Przypadki trzepotania i migotania przedsionków nie poddawały się działaniu Lacarnolu. W przypadkach natomiast dusznicy bolesnej działanie Lacarnolu było doskonałe. Spostrzeżenia autora dotyczą 8 chorych z średnio ciężką i lżejszą dusznicą bolesną na tle różnych zaburzeń sercowych i naczyniowych. We wszystkich przypadkach stwierdzono pod wpływem Lacarnolu zupełne ustąpienie dolegliwości lub conajmniej znaczną poprawę.

Dr. W. Ludwig,
Klin. chor. wewn., Innsbruck.
(Klin. Wschr. 1931, Nr. 33).

Zakaźne choroby spojówek.

W przypadkach Conjunctivitis gonorrhoica wkrapla się rano i wieczorem kilka kropel 10%-owego roztworu Protargolu do worka łącznicowego. Roztwór rozprowadza się następnie równomiernie po całem oku zapomocą odpowiedniego poruszania powiek. Jeżeli po upływie 3—4 tygodni gonokoki nie giną, to stosuje się zamiast Protargolu 1%-owy roztwór $AgNO_3$ lub wpuszcza się rano i wieczorem po 1 kropli $^1/_2$%-owego roztworu $ZnSO_4$. *Stock* wypróbował dużą ilość namiastek Protargolu, lecz po przekonaniu się o ich znacznie mniejszej skuteczności, stosuje obecnie preparat wyłącznie oryginalny. W przeciwieństwie do rokowania rzeżączkowego zapalenia spojówek u noworodków, rokowanie rzeżączki ocznej u dorosłych jest niepewne. W przypadkach bardzo wczesnego ustalenia rozpoznania bakterjologicznego udawało się *Stockowi* zapomocą energicznego leczenia Protargolem doprowadzić w ciągu 3 dni do zniknięcia gonokoków i zupełnego wyleczenia. Dla uniknięcia działania żrącego stosuje się w takich przypadkach Protargol tylko 2 razy dziennie. Zapalenie łącznic, wywołane dwoinkami, autor leczy albo $^1/_3$%-owym roztworem $ZnSO_4$ albo Rivanolem (0,03 : 10). Działanie roztworu Rivanolu jest dobre, lecz nierzadko krople rivanolowe wywołują, zwłaszcza po nieco dłuższem stosowaniu, wrażenie palenia.

Dr. Stock,

Klinika Oczna, Tubinga.
(Med. Klin. 1932, Nr. 6)

KONKURS.

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy ogłasza konkurs na pracę z zakresu balneologji ze szczególnem uwzględnieniem Krynicy. Pierwszeństwo mieć będą prace o działaniu wód krynickich na drogi moczowe.

Warunki konkursu:

1. Prace, zaopatrzone w obrane godło, winne być przedstawione w 6-ciu egzemplarzach, pisanych na maszynie i przesłane pod adresem Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy — najpóźniej do dnia 15 listopada 1933; w załączonej, zamkniętej i oznaczonej obranym godłem kopercie podane być ma imię, nazwisko i adres autora.

2. Nagrody za przyjęte prace ustalone są jak następuje:

1-sza — 1200 zł., 2-ga — 800 zł., 3-cia — 500 zł, które w szczególnych okolicznościach będą mogły być połączone.

3. Rozstrzygnięcie konkursu odbędzie się podczas Zjazdu Lekarzy w Krynicy zimą 1934 roku, na którym zgłoszone prace będą mogły być przez autorów referowane.

4. Prace nagrodzone stają się własnością Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy i mogą być przez nie podane do druku.

Sekretarz: (—) *Dr. Mikołaj Bornstein.* Prezes: (—) *Dr. Ludwik Korybut-Daszkiewicz.*

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa Nr. 20.

SPIS RZECZY ZA 1932 ROK
(SPIS AUTORÓW)

(TREŚĆ PRAC)